Ueber Fiebererscheinungen

im Verlaufe der

Syphilis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Geh. Medicinalrathes

PROF. DR. VON ZIEMSSEN

der

medicinischen Fakultät zu München

vorgelegt

von

Richard Berthot

appr. Arzt aus Lauscha.

München, 1882.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber Fiebererscheinungen

im Verlaufe der

Syphilis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Geh. Medicinalrathes

PROF. DR. VON ZIEMSSEN

der

medicinischen Fakultät zu München

vorgelegt

von

Richard Berthot

appr. Arzt aus Lauscha.

München, 1882.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554609_0134

Seinem hochverehrten Chefarzt

Herrn Oberstabsarzt Dr. A. Vogl

dankbarst gewidmet

von dem

Verfasser.

Fieber im Verlauf der Syphilis ist eine schon lang und oft erkannte, aber weniger allgemein bekannte Thatsache, als man gemeinhin erwarten sollte; viel seltner wird mit dem Worte Syphilis der Gedanke an fieberhafte Zustände verbunden, als es dem Vorkommen letzterer bei jener in der That entspricht.

Schon im XV. Jahrhundert, als man durch das epidemieartige Auftreten der Lustseuche — in Spanien 1492, in Frankreich 1493, in Dänemark 1493, in Sachsen 1493, in Barcelona 1494 — dieser Krankheit als „morbus monstrosus nullis ante saeculis visus totoque in orbe terrarum incognitus" eine grössere Aufmerksamkeit schenkte, finden sich bei den Beschreibern dieser Epidemien, aber auch bei den Aerzten der folgenden Jahrhunderte Angaben über Fieber bei Syphilis, freilich fehlt es auf der anderen Seite auch nicht an Autoren, die nicht nur keine Mittheilungen über Fieberzustände bei genannter Krankheit machen, sondern dessen Vorkommen sogar geradezu in Abrede stellen.

In „Gabrielis Fallopii de morbo Gallico Tractatus" (1565) bei Bernadus Tomitanus, Christophorus Guarinonius (Venetiis 1610), Hunter (1787) William Nisbeth (aus d. Englischen v. Michaelis, Lpzg. 1789), in der „ausführlichen Darstellung der venerischen Krankheit" von Walch (1811), bei Girtanner (Göttingen 1797) und And. finden sich Angaben über Fieber, welches durch die Resorp-

tion des syphilitischen Giftes entstanden den eigentlichen Ausbruch der Krankheit begleite.

Anderen und zwar wohl der grösseren Mehrzahl der Beobachter war nur Fieber im späteren Verlaufe der Krankheit bekannt; so machte Alexander Petronius seine „febres diurturnae“ von Pusteln auf der Haut, Petrus Forestus (Frankfurt 1634) von syphilitischen Ulcerationen in den fauces Fieber abhängig; ein Fieber bei Gummata kannte Vidus Vidius (Frankf. 1626) sowie Daniel Turner (Lpzg. 1754). Ferner schreiben Astruc (Paris 1736) und Schaarschmidt (Berlin 1759) nur einer lange Zeit im Körper verweilenden Syphilis fiebererregende Wirkung zu.

In neuerer Zeit enthält Zeissl's Lehrbuch der Syphilis genauere Angaben über das Eruptionsfieber, über den Zeitpunkt sowohl, zu dem es aufzutreten pflegt, als auch über das Verhalten des Fiebers zu den einzelnen Formen der syphilitischen Exantheme. Auch Bärensprung, die hereditäre Syphilis 1864, beobachtete eine dem Exanthem vorausgehende febrile Erregung.

Auspitz, die Lehren von syphilitischen Contagium (1866), giebt eine genauere Beschreibung der verschiedenen Nervensymptome im Prodormalstadium der Syphilis, lässt jedoch letzteres von der anderem Infectionskrankheiten durch „den Mangel des Fiebers sich unterscheiden“. Das volle Verdienst, über diesen Gegenstand genauere und eingehendere Untersuchungen angestellt zu haben, gebührt Güntz.[1])

Güntz war der Erste, der über Fieberzustände bei Syphilis thermometrische Beobachtungen anstellte, allerdings fast ausschliesslich in der Periode, in der die ersten auf Haut und Schleimhaut sichtbaren Zeichen der constitutionellen Luès auftraten.

---

[1]) Das syphilitische Fieber. Von Dr. Edmund Güntz, Kuchenmeisters Zeitschrift, Neue Folge. Bd. II. 1863 und Bd. II. 1865.
Das syphilitische Fieber. Von Dr. Edmund Güntz. Leipzig 1873.

Seitdem sind mehrfach thermometrische Untersuchungen über Fieber bei Syphilis gemacht und veröffentlicht worden, allein es liegen ihrer noch nicht so viel vor, dass es sich nicht lohnte, auf einer grösseren syphilitischen Abtheilung sämmtliche Kranke thermometrischen Messungen zu unterwerfen und die gewonnen Resultate schriftlich nieder zu legen.

Durch die Güte meines hochverehrten Herrn Chefarztes, Oberstabsarzt Dr. Vogl, wurde mir das gesammte Material auf der Abtheilung für Geschlechtskranke im kgl. Garnisonslazareth München zu diesbezüglichen Untersuchungen überlassen, und sollen die Ergebnisse an der Hand von ausführlicheren Krankengeschichten, sowie unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur im Folgenden ihre Stelle finden. Vorher jedoch sei mir gestattet, noch einige erläuternde Worte vorauszuschicken.

Die Messungen wurden täglich zweimal, früh zwischen 7 und 8 Uhr, Abends zwischen 5 und 6 Uhr zum grössten Theil von mir selbst, zum geringen Theil von zuverlässigen Wärtern unter meiner stetigen Kontrole und zwar in ano ausgeführt; die meisten Kranken befanden sich den ganzen Tag über im Bett, die Uebrigen hatten wenigstens längere Zeit dort zugebracht, ehe die Messungen an ihnen vorgegenommen wurden.

Zu den Messungen benutzt wurden Thermometer, deren Differenzen von einem Normalthermometer genau bekannt waren, so dass die Temperaturen als mit einem Normalthermometer gewonnen betrachtet werden können.

Sämmtliche Kranken standen unter denselben Ernährungsverhältnissen, und zwar wurde ihnen täglich gereicht an

Eiweiss 105,6 grt. Fett 95,9 grt.

Kohlenhydrat 264,0 grt.

Alle Kranken wurden von dem Tage an, an welchem die Diagnose auf Syphilis sicher oder auch nur wahrscheinlich

war, den Messungen bis zum Austritt aus dem Lazareth unterworfen.

Was die angewandte Therapie betrifft, so wurde der Primaeraffect selbst, wenn er stark ulcerativ war, mit Jodoformpulver behandelt, nach vollendeter Ulceration aber oder wenn er von Beginn an mehr den hyperplastischen Charakter hatte, mit Emplastrum mercuriale bedeckt. Indolente Bulonen wurden in der Regel einer örtlichen Behandlung nicht unterzogen, recht bedeutend angeschwollene, hartnäckige Inguinaldrüsen erfolgreich mit Jodoformcollodium bepinselt. Wenn Allgemeinerscheinungen (multiple Drüsenschwellung und Exantheme) die constitutionelle Erkrankung ausser Zweifel setzten, wurde mit der methodischen Inunctionscur begonnen, die wieder in ihre Rechte eingeführt ward, nachdem die subcutane Anwendung des Sublimat, Cyanquecksilber, Peptonquecksilber nicht in gleicher Weise, namentlich auch bezüglich der Recidiven befriedigt hatte.

Die Inunctionscur war eingetheilt in sogenannte Touren ohne Vorbereitungscur. 1 Tour umfasste 6 Einreibungen à 4 grt. grauer Salbe (Vorderarm, Oberarm, Unterschenkel, Oberschenkel, Brust, Bauch) die von den Patienten selbst mit den Händen täglich früh Morgens vorgenommen wurden; die eingeriebene Partie wurde mit Binden umwickelt und nach 24 Stunden gründlich gereinigt zu gleicher Zeit mit derjenigen Partie, welche an dem betreffenden Tage der Inunction unterworfen werden sollte. Nach 6 Einreibungen folgte eine 1 tägige Pause mit warmen prolongirtem Vollbad und Reinigung des ganzen Körpers mit Seifenspiritus.

Solcher Touren hatte der einzelne Patient in der Regel 4 durchzumachen; als Richtschnur für weniger oder mehr Inunctionen galt das Schwinden oder Weiterbestehen der constitutionellen Erscheinungen. Nach vollendeter Inunctionscur wurden längere Zeit hindurch noch Ricord'sche Pillen

(Prodojoduret 0,5, Lactucar 1,5 Nr. 20) täglich 2 Stück verabreicht.

Prophylactisch gegen Stomatitis mercurialis wurden neben der grössten Reinhaltung der Mundhöhle feuchte Einwickelungen des Halses und Gurgeln mit Kali chloric. vorgenommen, ausserdem der Reinlichkeit des ganzen Körpers sowie der stetigen Zufuhr frischer Luft in den Krankensälen die gehörige Aufmerksamkeit geschenkt.

Bei den Recidiven wurde nur in dringenden Fällen eine energische Allgemeinbehandlung eingeleitet, bei den milderen Recidivformen als Anginen, Condylomata lata, Rhagades, Laryngitis specifica wurde unter möglichster Hebung des Allgemeinbefindens zuerst den Localaffectionen selbst grössere therapeutische Aufmerksamkeit zugewandt und erst bei Fruchtlosigkeit einer solchen Therapie oder bei drängenden Indicationen zu allgemeiner Behandlung geschritten.

Das Fieber selbst wurde zum Zwecke der vollständig reinen Beobachtung von keiner Therapie beeinflusst.

Bei einer sehr schmerzhaften und in Bezug auf die Schmerzen äusserst hartnäckigen Periostitis wurde versuchsweise das neuerdings als das Morphium der Syphilitischen gepriesene Jodoform in Pillenform angewendet; nach 1tägigen Gebrauch derselben trat auffällige Linderung der Schmerzen ein, ohne dass hiemit rückhaltslos ein „post hoc, ergo propter hoc" constatirt werden soll, da auch eine Wirkung der schon länger vorher eingeleiteten, bislang allerdings ohne Wirkung gebliebenen Inunctionscur angenommen werden könnte.

Als das als normal anzusehende Tagesmaximum wurde 37,9 angesetzt, und wurden als Massstab für dieses Maximum folgende Ueberlegungen und Beobachtungen angelegt.

Die Temperatur des menschlichen Körpers steigt in der Regel von den ersten Stunden nach Mitternacht — vom Morgenminimum — continuirlich bis zum Nachmittag zwischen 4 und 6 Uhr — zum Abendmaximum. Nach

Wunderlich liegt dieses Schwanken der Tagestemperatur zwischen 36,2 und 37,5 in d. Axilla; rechnet man nun die Temperatur in recto, wie dies gewöhnlich angenommen wird, 0,4° C. höher, so erhält man ein Schwanken der Tagestemperatur zwischen 36,6 und 37,9. Alle über diese Gränzen hinausgehenden Temperaturen nach Oben oder Unten bezeichnet Wunderlich als „verdächtig und nur unter ganz besonderen Umständen und Einwirkungen als noch für normal" zulässig. Ausserdem erreichten sowohl die nämlichen Kranken vor oder nach den fieberhaften Erregungen, als auch andere fieberlose Patienten unter denselben äusseren Bedingungen nur selten eine Abendtemperatur von 37,9, die dieselben nie überschritten, ohne dass man hiefür einen Grund in einer Localaffection hätte finden können.

Häufigkeit des Fiebers.

Angaben über den Procentsatz von Fieber bei Syphilis im Allgemeinen finden sich bei Vajda[1]), der ohne Rücksicht auf Stadium und Symptome der Syphilis in 102 Fällen 86 mal, also in circ. 86% Temperatursteigerungen beobachtete.

Das eigentliche Eruptionsfieber kommt nach Güntz in 20% der Fälle vor, ein Procentsatz, der Bäumler[2]) zu niedrig gegriffen zu sein scheint; Janovsky[3]) sah es in 23,5% der Fälle auftreten. Nach einer Statistik von Fournier war unter 798 Fällen die Eruption 239 mal vom Fieber begleitet, d. s. 29,94% der Fälle.

Es scheint schwächliche, widerstandslosere Individuen leichter zu befallen als robuste Leute und kommt nach Fournier beim weiblichen Geschlechte häufiger vor als beim männlichen.

---

[1]) Vajda, Vierteljahrsschrift f. Dermatol. u. Syphil. 1875.

[2]) Bäumler, Handb. der spec. Pathol. und Therapie von Ziemssen. III. Band 1876.

[3]) Janovsky, Vierteljahresschrift f. pract. Heilkunde. IV. Bd. 1874.

Uns kamen frische, ungetrübte Fälle 12 vor; bei ihnen entwickelte sich das Exanthem im Lazareth selbst 9 mal mit, 3 mal ohne Fieber. Mit Secundärerscheinungen bereits behaftet kamen 8 Patienten in's Lazareth und zeigten in 2 Fällen Temperatursteigerungen, während 6 Fälle fieberlosen Verlauf nahmen.

Recidive kamen 11 zur Beobachtung, wovon 5 mit, 6 ohne Fieber verliefen.

Zeit des Auftretens des Fiebers.

Da das syphilitische Eruptionsfieber die ersten Manifestationen der constitutionellen Erkrankung einzuleiten oder zu begleiten pflegt, so kann man sein Auftreten von vornherein auf durchschnittlich den 50. Tag nach dem Erscheinen des Primaeraffects setzen, auf den Zeitpunkt, zu welchem nach der von Bäumler zusammengestellten Tabelle experimenteller Inoculationen in der Regel das Hervorbrechen von Allgemeinerscheinungen zu erwarten steht.

Die ältesten Angaben über diesen Punkt finden sich wohl bei Christophorus Guarinionus (1610), der 2 Monate nach der „Caries penis" Fieber sich entwickeln sah.

Bei einem ausnahmsweise sehr frühzeitigen Auftreten eines papuloesen Exanthems — 10 Tage nach dem Schanker — wurde von dem Beobachter Cazénave Fieber nicht bemerkt. Güntz sah in einem Falle bereits 25 Tage nach dem Primaeraffect ein 2tägiges Fieber mit nachfolgender Roseolaeruption auftreten. Im Ganzen begegnete es demselben Autor nicht vor dem 40. Tage nach der Entwickelung des Geschwürs; am häufigsten trat Fieber auf 50—65 Tage nach genanntem Zeitpunkt; in den protahirtesten Fällen war es hinausgeschoben auf 90 Tage nach Beginn des Schankers. Bei inoculirten Fällen sah Rinecker 65—150 Tage nach der Impfung, 40—125 Tage nach Entwickelung der Sclerose die Prodromalsymptome auftreten; hiebei ist

eines Fiebers ausdrücklich nicht gedacht, aber immerhin könnte solches unter Umständen zu einem so späten Zeitpunkte zur Entwicklung gelangen.

Nach den Beobachtungen Janovsky's fand der Eintritt des Fiebers in 1 Falle 11 Wochen

1 „ 9 „
3 Fällen 8 „
4 „ 6 „ nach dem Primäraffect statt.

Zeissl sah den Ausbruch des Eruptionsfiebers nie vor der 8. Woche, am häufigsten in der 9. und 10. Woche nach der Infection.

Von den uns zur Beobachtung gekommenen Fällen lag bei denjenigen, die durch correcte und bestimmte anamnestische Angaben von Seiten der Patienten ein Urtheil überhaupt gestatteten, der Ausbruch des Fiebers zwischen dem 45. und 61. Tage nach dem Auftreten der Initialsclerose.

Das Fieber kann zu allen Tageszeiten beginnen, meist jedoch scheint die erste Steigerung auf die Abendstunden zu fallen.

In allen Fällen trat es ohne bekannte äussere Veranlassung auf, während Güntz einige Male Diätfehler, Verkältung, ein Bad vorausgehen sah.

Nach Güntz kommt ein Eruptionsfieber in der Regel nur dann zur Entwicklung, wenn in den normalen Verlauf der Krankheit nicht durch frühzeitige Quecksilbercur eingegriffen wurde; so konnte er unter 70 Fällen, die sehr frühzeitig einer antisyphilitischen Cur unterstellt worden waren, innerhalb 68 Tagen und darüber hinaus nach dem Primäraffect Temperatursteigerung nicht beobachten. Fieber tritt nach ihm um so seltner auf, je näher der Zeitpunkt der Infection und des Beginns der Inunctionscur an einander herangerückt waren, und je energischer ausserdem die Quecksilbercur gehandhabt wurde.

Freilich kamen nicht selten Ausnahmen von dieser Regel

vor, ja es scheint in manchen Fällen die eingeleitete Quecksilbercur das Exanthem unter Fieber förmlich hervorzurufen. Es ist dies namentlich dann der Fall, wenn die Behandlung nicht lange vor der zu erwartenden Eruption begonnen wird. Es ist dieses Verhalten sowohl von Güntz, als auch von Courteaux beobachtet worden, und auch unser weiter unten des Näheren zu besprechender Fall II dürfte hieher zu rechnen sein.

In einem Falle von Güntz musste wegen des hohen Fiebers die Inunctionscur, gerade wie in unserem Falle, ausgesetzt werden.

Begleiterscheinungen.

Während und etwas vor der Zeit, in der die Syphilis ihre ersten Produkte auf Haut und Schleimhaut zu setzen pflegt, ist in den meisten Fällen der Patient in seinem Befinden etwas alterirt. Diese Prodromalsymptome sind sehr häufig vorhanden, mag die Eruption mit oder ohne Fieber geschehen; Bassereau sah dieselben in circ. 72% der Fälle. Mac Carthy in circ. $^2/_3$ der Beobachtungen; Berg fand dieselben in 20 Fällen 18 mal.

Nach Vajda eilen dieselben den Hautefflorescenzen meist 1—2 Tage voraus und sind stärker ausgesprochen, wenn zu gleicher Zeit Fieber vorhanden ist. In letzterem Falle nehmen sie an Intensität bis zur Acme des Fiebers zu und nehmen ab oder verschwinden gänzlich während der Entfieberung. Nicht selten jedoch persistiren sie auch nach der Defervescenz, oder kommen überhaupt erst nach der Hauteruption zur völligen Entwickelung.

Der früheste Termin, zu dem Veränderungen im Befinden des Patienten, die auf die Invasion der Syphilis bezogen werden mussten, beobachtet wurden, war nach Vajda 20 Tage vor der Eruption. In unserem Falle I traten 12 Tage vor Beginn des Eruptionsfiebers neben allgemeiner Ab-

geschlagenheit rechtsseitige Gesichtsschmerzen auf, welche bei dem Fehlen eines anderen aetiologischen Grundes, sowie in Anbetracht ihrer Eigenschaft, bei Tage zu sistiren und gegen den Abend zu exacerbiren, vielleicht auf Syphilis bezogen werden dürfen. In der Regel gehen sie nur einige Tage dem hervorbrechenden Exanthem voraus.

Müdigkeit, Eingenommensein des Kopfes, leichtes unbestimmtes Krankheitsgefühl sind die gewöhnlichen Klagen des Patienten; es sind dies die Beschwerden, die auch beim Fehler jeglicher Temperatursteigerung vorhanden sind.

Nächstdem werden am häufigsten Schmerzen rheumatoider Natur in den verschiedensten Theilen des Körpers angegeben, namentlich sind die Extremitäten, der Nacken, Kopf, die Theile längs der Wirbelsäule von ihnen heimgesucht. Die Schmerzen können sich bei Bewegungen zu einem so hohen Grade steigern, dass das Gehen dadurch erschwert wird.

Der Kopfschmerz charakterisirt sich als ein meist dumpfer Stirn-, Scheitel-, Hinterhauptschmerz oder nimmt auch die Form der Hemicranie an; er ist tagsüber weniger intensiv, exacerbirt aber gegen Abend und kann nicht selten Nachts eine unerträgliche Heftigkeit erreichen. Der Schlaf ist mitunter unruhig. Die Kranken werden apathisch, ihr Gesichtsausdruck verfinstert sich, und öfters bemächtigt sich ihrer eine verdriessliche, missmuthige Stimmung.

Neben den Muskelschmerzen finden sich manchmal auch Knochenschmerzen, und ist Güntz geneigt, dieselben in ursächlichen Zusammenhang mit den später auftretenden tieferen Veränderungen an den Knochen zu bringen; er glaubt, dass jetzt schon der Grund zur Periostitis und Necrose gelegt werden könne.

Nicht ganz selten werden auch Gelenkschmerzen, namentlich in den Kniegelenken beobachtet, die meist gegen Abend exacerbiren und öfters nach Voisin und Richet wie in

unserem Fall VII das Eigenthümliche an sich haben, dass sie in der Ruhe sich stärker gestalten als bei Bewegungen.

Bei den meisten Patienten ist in dieser Zeit ein gewisser Grad von Anaemie zu bemerken; es wird beim Gehen die Athmung leichter frequent, Nasenbluten und Herzklopfen stellt sich ein, und zuweilen vernimmt die Auscultation ein Blasegeräusch am Herzen. Der Puls erscheint öfters auch in den fieberlosen Fällen leicht erregt. Lancereaux spricht geradezu von einer syphilitischen Chlorose; und die Untersuchungen von Ricord haben eine Verminderung der rothen Blutkörperchen, sowie eine Vermehrung des Fermeiweisses ergeben. Nach Virchow findet zudem eine starke Zufuhr von weissen Blutkörperchen in's Blut statt, wenn viele Lymphdrüsen in den Zustand der Hyperplasie gerathen.

Auch Diarrhöen können sich zu den genannten Krankheitserscheinungen hinzugesellen und nach der Eruption Wochen lang mit wechselnder Intensität persistiren.

Dass alle diese Erscheinungen nicht der Ausfluss von Fieber sind, beweist der Umstand, dass dieselben auch ohne jede Temperatursteigerung auftreten und einen bedeutenden Grad erreichen können; freilich pflegen sie bei vorhandenem Fieber einen heftigeren Character anzunehmen; es addiren sich dann zu den Beschwerden, die von der syphilitischen Infection abhängig sind, noch die gewöhnlichen Fiebersymptome.

Das Fieber macht sich durch abwechselndes Frost- und Hitzegefühl bemerkbar; der Frost kann sich, wenn auch nicht häufig, zu einem wahren Schüttelfrost steigern.

Güntz sah Schüttelfröste fast ausschliesslich bei solchen Kranken, die sich ausser Bett befanden.

Nach den Beobachtungen Janovsky's war er ein einmaliger gegenüber den Angaben von Courteaux, der gerade die mehrmalige Wiederkehr der Schüttelfröste für Syphilis bezeichnend hält.

In einem unserer Fälle ging ein starker Frost einem Nachschubfieber voran, war ein einmaliger und befiel einen vorher zu Bett liegenden Patienten.

Eine auffällige Erscheinung ist die schon von Petrus Pinctor (1500) und neuerdings namentlich von Fournier und Zeissl hervorgehobene Thatsache, dass der Appetit während des Fiebers nur selten verringert, meist erhalten ist, ja in manchen Fällen zu einem förmlichen Heisshunger sich steigern kann.

Der Harn ist dunkel gefärbt, sedimentirt. Die Harnstoffausscheidung, sowie die des Kreatinin ist nach Vajda's Untersuchungen zur Zeit der hervorbrechenden und bestehenden Hautsyphiliden vermehrt und wird noch durch eine zufällig hinzutretende Stomatitis mercurialis gesteigert, während die Harnsäureausscheidung einer Veränderung nicht zu unterliegen scheint.

Gewöhnlich hält die Intensität der Erscheinungen gleichen Schritt mit der Höhe des Fiebers, und sind geringe Temperatursteigerungen namentlich bei robusten Leuten oft von geringen oder gar keinen subjectiven Beschwerden begleitet. Ist das Fieber ein remittirendes, so findet während der Remission ein merklicher Nachlass der Begleiterscheinungen statt.

Oefters steht die Höhe des Fiebers in geradem Missverhältniss zu den geklagten Störungen im Befinden.

Noch müssen hier einige seltenere Symptome Erwähnung finden, die sich freilich nicht ausschliesslich auf die Eruptionsperiode beziehen, sondern meist in der der Eruption nachfolgenden Zeit auftreten, allein auch schon sehr frühzeitig die Aufmerksamkeit des Beobachters erregen können.

Es kommen neben leichteren Störungen im Bereiche des Gehör- und Sehorgans als Ohrensausen, Lichtscheu, Flimmern und Wolken vor den Augen, sowie neben Schwindel und Kopfweh auch schwerere Störungen vor, die ihren

Grund in einer Veränderung des Centralnervensystems besitzen.

Aufmerksam gemacht durch einen während des bestehenden Exanthems auftretenden Strabismus und eine ausgesprochene Diplopie im Falle III. A. H. fand ich in Dr. Carl Lechners „Zur Pathogenese der Gehirnblutungen" mehrere von verschiedenen Beobachtern mitgetheilte Fälle von totaler Paraplegie verbunden mit Schmerzen in den Unterextremitäten, Incontinenz der faeces und des Harns, ferner von Paralyse der rechten Gesichtshälfte, sowie Fälle von ausgesprochenem Strabismus und Dipoplie (Knorre deutsch. Klinik 1849, ferner einen Fall von einem apoplectischen Anfall mit Rseitiger Facialislähmung und erschwerter Sprache (Ljunggrén Arch. für Damatol. u. Syphil. 1870).

Laufenauer führt sogar 2 Fälle von transitorischer Psychose mit maniakalischen Anfällen auf Syphilis zurück.

Alle diese Veränderungen traten im secundären Stadium während des Bestehens eines Exanthems auf, und gingen unter antisyphilitischer Behandlung sehr rasch zurück, ohne dass an vorgeschrittenere syphilitische Processe im Gehirn gedacht werden konnte. Vielmehr sind alle diese Beobachter mit Lancereaux und Fournier der Ansicht, dass wie das erschwerte Athmen, das Hungergefühl, die Diarrhöen und rheumatischen Gliederschmerzen auf Hyperaemien in den Schleimhäuten der Bronchien, des Magens und Darms sowie der fibrösen Muskelscheiden zurückzuführen seien, auch nach dem Schädelinhalte Congestivzustände eintreten können, welche mittelst der durch Blutüberfüllung der cerebralen und meningealen Gefässe bedingten Compression der Gehirnmasse alle jene Erscheinungen hervorruft. Jedenfalls ist der Grund für die im Falle III. A. H. beobachtete Diplopie auch in einer cerebralen Hyperämie zu suchen.

Höhe des Fiebers.

In vielen Fällen erhebt sich die Temperatur Abends nur einige Zehntel über die Norm, kann nach Güntz und Courteaux aber auch 40,0—41,7° C. erreichen. Janovsky sah 7 mal Temperaturen

zwischen 38,0—39,0° C.
17 mal zwischen 39,0—40,0° C. (meist unter 39,6)
4 mal zwischen 40,0—41,0° C.
2 mal über 41,0° C. (papuloeses Exanthem.)

In unseren Fällen bewegten sich die höchsten Exacerbationswerthe 5 mal zwischen 38,0—38,5° C.
1 mal zwischen 38,5—39,0° C.
2 mal zwischen 40,0—40,5° C.

Nach Güntz ist das Ansteigen der Temperatur ein bis zur Acme des Fiebers consequentes ohne wesentliche Remissionen, während in unseren Fällen meist ein plötzliches abendliches Ansteigen der Temperatur stattfand bis zu einer mehr oder weniger beträchtlichen Höhe, auf der sich dieselbe mehrere Tage oft mit bedeutenden Morgenremissionen bis zur Entfieberung erhielt. Es ist dies ein Verhalten, wie es sich mehrfach auch bei Janovsky's Curven findet.

Dauer des Fiebers.

Die Dauer dieses Fiebers beträgt nach Güntz 2—4, selten 5 Tage.

Janovsky beobachtete in 4 Fällen ein 4 tägiges
3 „ „ 2 „
2 „ „ 3 „ Fieber.

In unseren Fällen bestand das Fieber ohne Rücksicht auf das hervorbrechende Exanthem
in einem Falle 7 Tage
„ „ „ 5 „
„ „ „ 4 „
in den übrigen 2—3 Tage.

Defervescenz.

Die Defervescenz ist, wie bereits angedeutet, meist eine rapide und vollzieht sich nicht selten unter heftiger Schweisssecretion innerhalb 24 Stunden. Janovsky sah den Abfall des Fiebers in den von Medicamenten nicht beeinflussten Fällen 4 mal in 1 Tage, 3 mal in zwei Tagen eintreten, auch unsere Kurven zeigen meist eine rapide Entfieberung, und nur in einem Falle erstreckte sich dieselbe auf 4 Tage.

Nicht immer ist die Defervescenz eine so rasche und eclatante, oft ist dieselbe durch verschiedene im Wesen der Krankheit begründete Komplicationen als Angina, Darmcatarrh, Coryza etc. verdeckt oder nur durch eine grössere Morgenremission angedeutet.

Fiebertypus.

Güntz beobachtete meist ein continuirliches Fieber ohne bedeutendere Remissionen. Die französischen Autoren Lanceraux, Courteaux und Fournier sehen einen intermittirenden Fiebertypus als für das syphilitische Eruptionsfieber characteristisch an. Fournier sah in der Regel die Tertiärform der Intermittens. Der Anfall fiel meist auf den Abend, begann mit einem $^1/_4$—$^1/_2$, selten 1—$1^1/_4$ Stunden lang andauerndem Schüttelfrost, dem starkes Hitzegefühl, Schlaflosigkeit und bedeutende Abgeschlagenheit folgte. Ein solcher Anfall umfasst nach ihm im Mittel 12 Stunden (von Abends 5 — früh 5 Uhr) und wird mit einer schwächer oder stärker ausgesprochenen Schweisssecretion beendet. Als differentiell-diagnostisch wichtig zwischen einem intermittirenden Fiebertypus bei Syphilis und wahrer febris intermittens von Courteaux Folgendes angegeben:

„Während das Sumpffieber seine Anfälle gewöhnlich im Laufe des Tages macht, beginnen sie bei Syphilis in der Regel gegen Abend. Das gegen Malaria so wirksame Chinin ist gegen syphilitisches Fieber so gut wie wirkungslos. Die

Fieberanfälle sind bei Lues weniger intensiv und regelmässig; die Milz ist hier nicht angeschwollen.“

In Bezug auf das letzte Criterium möchte ich an die Beobachtung Weils erinnern, der noch während des Bestehens des Primaeraffects und zur Zeit der Hautefflorescenzen öfters eine nicht unbeträchtliche, durch Percussion und Palpation nachweisbare Vergrösserung der Milz konstatirte, als ein Zeichen der allgemein vollzogenen Infection. Eine febris continua konnte Courteaux bei Syphilis weniger häufig beobachten. Schliesslich wird in der Literatur auf eine Form des syphilitischen Fiebers aufmerksam gemacht, bei der in auffällig vorwiegender Weise das Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen ist. Neben ziemlich bedeutender Prostration und Apathie leiden die Patienten an heftigen Kopfschmerzen, starkem Benommensein des Kopfes und Erbrechen. Courteaux sah sogar Delirien auftreten. Fournier legte diesem Zustand den Namen „syphilitische Typhose“ bei, welche Bezeichnung Güntz für ungerechtfertigt hält, weil bei der Wahl derselben Fournier fast ausschliesslich das Ergriffensein des Nervensystems im Auge gehabt, nicht aber dem Gange des Fiebers die unbedingt nöthige Aufmerksamkeit geschenkt habe.

In dem einen Falle von Fournier's syphilitische Typhose war die Temperatur stets normal; in einem zweiten lagen zwischen mässig hohen Fiebertagen völlig fieberfreie Tage und in einem 3. Falle handelte es sich um eine 2 Jahr alte Syphilis.

So mag der Vorwurf von Güntz gegen die Bezeichnung „syphilitische Typhose“ in Bezug auf Fournier's Fälle wohl gerechtfertigt sein, aber in manchen Fällen dürfte dieselbe das Symptomenbild ganz gut characterisiren. Ich denke hiebei zunächst an eine Stelle in Bäumler's Handbuch der Syphilis (III. Band von v. Ziemssen's Handbuch der spec. Patholog. und Therapie): „Zuweilen sind die Erscheinungen — der heftige Kopfschmerz, Schwindel, das Fieber — der

Art, dass man ohne genaue Beobachtung um so leichter an einen sich entwickelnden Abdominaltyphus denken kann, als, wie ich mehrmals beobachtete, in manchen Fällen, wo Malariafieber nie vorhanden gewesen waren, eine geringe Milzvergrösserung in dem Eruptionsstadium der Syphilis vorkommen kann."

Auch Fall II L. L. erinnerte an eine typhöse Erkrankung. Patient fühlte sich seit einigen Tagen unwohl, klagte über grosse Müdigkeit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, hatte mehrere diarrhoische Stühle und in den ersten Tagen eine unverkennbare Apathie. Die Zunge war dabei mässig feucht, wenig belegt, Sensorium war stets völlig frei. Milzdämpfung war vom 4. Tage an etwas vergrössert. Temperaturen hochfebril.

Nur das bereits bestehende und bald stärker hervorbrechende Exanthem in Form grosser fast über den ganzen Körper verbreiteter Maculae, sowie die Anamnese liessen bald die syphilitische Natur des Fiebers erkennen. Zum Unterschied einer typhösen Erkrankung von syphilitischen Fieber wird in der Literatur angegeben, dass bei Syphilis Nasenbluten und die grosse trockene Hitze der Haut fehle, sowie dass der Milztumor mangele; Symptome, die unter Umständen auch bei Syphilis vorkommen können. Von grösserer Bedeutung für die Differentialdiagnose scheint mir die Berücksichtigung eines Meteorismus, einer trockenen, rissigen und borkigen Zunge mit dickem Belag, sowie die richtige Würdigung der Prostration, des Zeitpunkts der Roseolaeruption, sowie des Sitzes der einzelnen maculae zu sein.

Die Leichtigkeit, mit der höhere Temperaturgrade bei Syphilis ertragen wurden, war im Fall II und IV geradezu auffällig.

Was den Typus des Eruptionsfiebers in unseren Fällen anlangt, so fanden sich vor Allem rein ausgesprochene Formen nur bei höheren Fiebergraden. In solchen Fällen

war das Fieber entweder ein continuirliches oder ein remittirendes; ein intermittirender Typus kam nicht zur Beobachtung. Es ist dies ein Resultat, zu welchem auch Janovsky und Vajda gelangten, letzterer freilich sah in seltenen Fällen auch ein intermittirendes Fieber.

Verhältniss zwischen Fieber und Exanthem.

Bezüglich des Verhältnisses des Fiebers zum Exanthem, so gestaltet sich dasselbe in der Regel derartig, dass dem Erscheinen einer Hauteruption unter den bereits erwähnten Prodromalsymptomen ein oder mehrere Tage Fieber vorausgeht. Unter dem Ansteigen der Temperatur oder unter mehr gleichmässig hohem, remittirenden Fieber wird ein Maximum erreicht, unter dem die Hauteruption stattfindet und welchem sodann unter Fortbestehen des Exanthems die rapide Defervescenz folgt. Es erinnert dieses Verhalten an die Variola. (Fall II, III, IV, V.)

In anderen Fällen ist das Exanthem bereits zum vollständigen Ausbruch gekommen, ehe das Fieber sein letztes Maximum erreicht hat und Entfieberung eintritt. (Fall II.)

In einem solchen Fall kann unter Umständen, namentlich bei gleichzeitig stark entwickelten Exanthem und hohem Fieber der Gedanke an eine Masernerkrankung wach werden, zumal „unter allen Krankheiten die Roseola syphilitica dem Masernexanthem am nächsten steht“ (Gerhardt).

Die gewissenhafte Berücksichtigung der Anamnese, das Fehlen oder Vorhandensein einer Masernepidemie, eines Catarrhs der Augen, der Nase und Bronchalschleimhaut, sowie der Sitz des Exanthems werden dann vor falscher Diagnose schützen, die schliesslich auch durch den Temperaturgang selbst zu vermeiden ist.

Im Ganzen hat das syphilitische Fieber eine kürzere Dauer als das febrile Stadium der Masern; ferner ist nach Wunderlich, Ziemssen und Gerhardt der Temperaturgang

bei Masern dadurch characterisirt, dass nach dem ersten gewöhnlich in 12—24 Stunden erreichten Maximum eine bedeutende Remission bis nahe an Normal eintritt, dass von da an das Fieber continuirlich oder durch Morgenremissionen unterbrochen zu einem zweiten meist mit der stärksten Ausbreitung des Exanthems zusammenfallenden oder auch darüber hinaus eintretenden Maximum ansteigt, um dann in der Regel am 5. Tage rapid abzufallen.

Ferner kann man gegen die Acme oder das Ende des Fiebers hin einzelne Efflorescenzen auf der Haut bemerken, das Fieber fällt ab und erst während und nach der Entfieberung kommt das Exanthem zur deutlichen Entwickelung. (Fall VII.)

Güntz beobachtete sogar einen Fall, in welchem das Exanthem ausschliesslich während und nach der Entfieberung zum Ausbruch kam.

Wenn auch im Allgemeinen ein heftiges Fieber mit stark ausgeprägten Prodromalsymptomen auf ein ausgebreitetes und deutliches Exanthem schliessen lässt, so steht doch auch häufig die Höhe des Fiebers im Missverhältniss zum Exanthem; ein hohes Fieber kann einem gering entwickelten Hautausschlag vorangehen oder ein bedeutendes Exanthem von mässigem Fieber begleitet sein.

Güntz hat sogar Fälle gesehen, in denen zur Zeit der Eruption ein für Syphilis characteristisches Fieber mit rapider Defervescenz sich einstellte, ohne dass auf der Haut ein Exanthem deutlich zur Entwickelung gekommen wäre; wir haben in solchen Fällen ein Verhalten vor uns, wie man es öfters bei Scarlatina, bei der sogenannten Scarlatina sine exanthemata beobachten kann.

Zu den einzelnen Formen der syphilitischen Hautausschläge übergehend, so ist die Roseola syphilitica als das früheste und am schnellsten sich entwickelnde Exanthem nach Vajda im Ganzen selten von Fieber begleitet; er be-

obachtete es unter 39 Fällen in 12,8% der Fälle. Das erste Exanthem kann erblassen und innerhalb von Wochen und Monaten keine Nachschübe auftreten, die bei klein maculoesen 0,7—1,1° C. bei gross maculoesen 1,0—1,5° C. Temperatursteigerung bedingen können.

Das Exanthem verschwindet in 7—40 Tagen ohne Fieber.

Fall I. Infanterist J. St. Eintritt 6. März 1882. Coitus zu verschiedensten Zeiten vorher mit puellis public. 4 Tage nach dem letzten Geschwür.

Nahe der Umschlagstelle des praeputiums rechts von der oberen Medianlinie ein über erbsengrosses, mit wenig Secret bedecktes Geschwür, ohne Induration, keine Lymphangoitis am dorsum penis, Leistendrüsen beiderseits etwas angeschwollen, indolent.

In den nächsten Tagen wurde das Ulcus etwas grösser, die Secretion jedoch war unter Jodoformpulver gering.

13. März. Geschwür hat sich gereinigt, Secretion gering. Geschwürsgrund ist deutlich indurirt. Schwaches Erythem im Rachen. Rechtsseitige Gesichtsschmerzen, die gegen Abend exacerbirten und in der Nacht zum Theil den Schlaf raubten. Kein Fieber.

19. März. Geschwür hat sich gereinigt, ist fast völlig benarbt und stellt eine bohnengrosse, länglichrunde blauroth in die Haut des praeputiums eingefügte Platte dar. Lymphgefässverdickung am dorsum penis. Allgemeine Drüsenschwellung. Gefühl von Schwere im Kopf, leichtes Benommensein, Schwindel, Appetit verringert, Müdigkeit. Kein Fieber.

28. März. 37,2—37,8. Puls leicht erregt, Kopfweh, unruhiger Schlaf, grosse Müdigkeit. Haare gehen seit einigen Tagen stärker aus. Haut am Rumpf marmorirt.

29. März. 37,5—38,0. Die gestrigen Beschwerden sind stärker geworden. Stärkeres Erythem im Rachen. Patient ist anaemisch geworden.

30. März. 37,4—38,1. Keine Aenderung im Befinden. An der Grenze zwischen Brust und Bauch einzelne Roseolaflecke.

31. März. 37,3—37,6. Kopfschmerzen, Müdigkeit fast völlig verschwunden. Auf Brust und Bauch ein klein maculoeses Exanthem. In beiden Hypochondrien einzelne Roseolaflecke linsengross und etwas erhaben.

In den folgenden Tagen keine Temperatursteigerung, völliges Wohlbefinden.

9. April. 37,3—37,8. Exanthem ist abgeblasst. Wohlbefinden. An der Stirne an der Grenze zur behaarten Kopfhaut einzelne linsengrosse hellrothe Papeln.

10. April. 37,8—38,1. Beginn der Inunctionscur. Abends leichtes dumpfes Kopfweh im Hinterhaupt, Gefühl von Schwindel und Müdigkeit. Appetit und Schlaf gut.

11. April. 37,2—38,2. Die geklagten Beschwerden bestehen fort. Kein objectiver Befund.

12. April. 38,2—37,9. Klagen über Schmerzen im Hinterhaupt, Nasenbluten. Starkes Erythem, nur geringe Schwellung der Rachenorgane.

Vom 13. April an werden die Temperaturen normal, es tritt Wohlbefinden ein. Appetit stark vermehrt.

Im Laufe der Schmiercur wird Sclerose kleiner, weicher, Drüsenschwellung geht zurück, ebenso eine im Laufe der Cur ohne Fieber aufgetretene Angina. Bei der Entlassung noch lividrother Pigmentfleck an der Stelle der Sclerose, Drüsenschwellung und Erythem im Rachen fast völlig zurückgegangen. Haut rein. Wohlbefinden.

Interessant ist

Fall II. Schwerer Reiter L. L. Zugang 14. X. 81. Letzter Coitus vor 6 Wochen. Diffuse Sclerose links an der corona glandis, an der Oberfläche leicht exulcerirt. Multiple Drüsenschwellung. Auf Brust und Bauch mehrere deutliche maculae.

17. October. Beginn der Inunctionen. Wohlbefinden.

18. October. 39,6—39,8. Hitzegefühl, Klagen über Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Kopfweh. Auf Rumpf Roseola unverändert. Milz nicht vergrössert, Abdomen nicht aufgetrieben, nirgends Druck empfindlich. Keine Angina Brustorgane ohne jegliche Veränderung. Puls mässig voll, wenig beschleunigt, regelmässig 1 weicher Stuhl.

19. October. 39,2—39,4. status idem. Inunctionscur wird ausgesetzt.

20. October. 39,3—40,0 C. P. 66. R. 20. 2 weiche Stühle, Harnmenge 1800. Dieselben Klagen. Roseola ist deutlicher geworden und in grösserer Anzahl aufgetreten.

21. October. 39,5—40,5. Patient hat heute fast gar keine Beschwerden, Sensorium ist frei, Schlaf gut, Kopfschmerzen gewichen. 1 weicher Stuhl, Harnmenge 1900.

Roseola hat sich weiter ausgebreitet auf Brust, Bauch und Oberschenkel. Abdomen normal, Milz leicht geschwellt.

Zunge mässig trocken, wenig belegt. Lunge und Herz völlig normal. Kein Husten, kein Auswurf. Urin rothbraun, trüb, eiweissfrei.

22. October. 39,6—40,6. P. 72. Resp. 24. 2 weiche Stühle. Harnmenge 2000.

Keine subjectiven Beschwerden. Zunge etwas trocken, wenig belegt. Roseola ist auch auf dem Rücken aufgetreten. Eine gewisse Apathie ist unverkennbar.

23. October. 39,6—40,2. P. 72. R. 16.

2 w. St. Urinmenge 2400.

Wohlbefinden. Zunge feucht, wenig belegt. Roseola unverändert. Milz etwas vergrössert. Appetit gut. Urin hell, ohne Eiweissgehalt.

24. October. 39,3—40,4. P. 68. R. 16. 2 w. St. Harnmenge 2400. Keine Klagen. Zunge normal. Roseola wird blasser. Sonst kein Befund.

25. October. 38,2—40,0. 1 w. St. Harnmenge 2000. Völliges Wohlbefinden. Abdomen normal, Milz, noch leicht vergrössert. Roseola blasser, aber noch deutlich.

26. October. 37,8—38,9. Status idem.

27. October. 37,5—39,1. P. 70. R. 16. 1 w. St. Harnmenge 2400. Keinerlei Klagen. Roseola blass. Allgemeine Drüsenschwellung stark ausgeprägt. Milz kaum mehr vergrössert. Nirgends sonst ein Befund.

28. Oktober. 37,2— 38,0 Wohlbefinden.

Von da an kein Fieber mehr. Roseola vom 31. Oktober an nicht mehr sichtbar. Patient wurde später antisyphilitisch behandelt und nach dem Zurückgehen aller Erscheinungen der constitutionellen Lues am 8. Dezember 1881 geheilt entlassen.

Wenn die Höhe des Fiebers, die Apathie, die Diarrhoeen die Milzschwellung an Typhus erinnerten, zumal zu einer Zeit, wo Typhusfälle im Lazareth häufiger waren, so konnte derselbe doch in Anbetracht des so ausgebreiteten Exanthems, der geringen Hinfälligkeit des Patienten, der im Ganzen wenig trockenen und belegten Zunge ausgeschlossen werden.

Ebenso wenig kamen Masern und Scharlach länger in Betracht, da die Begleiterscheinungen dieser Erkrankungen völlig fehlten und vor Allen die Ausbreitung des Exanthems eine ganz andere war als wie bei jenen. Auch fehlte jede Spur von Desquamation.

Wir können daher wohl mit Recht das Exanthem als ein Roseola syphilica betrachten, und es ist nur schwer zu sagen, ist das vorliegende Fieber ein reines Eruptions- oder

ein Nachschubsfieber, da einzelne Roseola schon vorher bestanden, oder kommt endlich auch die Wirkung des Quecksilbers in Betracht. Das stark hervorbrechende Exanthem bringt das Fieber doch am meisten mit jenen in Zusammenhang. Jedenfalls ist es interessant, dass nach geringem Gebrauch von Quecksilber ein schon vorher bestehendes spärliches Exanthem unter hohem Fieber deutlicher und über den grösseren Theil des Körpers verbreitet wird, während es vorher auf Brust und Bauch beschränkt war.

Das maculo-papuloese Exanthem entwickelt sich entweder aus der Roseola heraus oder tritt auch selbstständig primär auf. Im ersteren Falle ist es nur von geringen Temperatursteigerungen begleitet, im letzteren hat es markirtere Temperaturhöhen bis 39,0° C. Diese Form des syphilitischen Hautausschlags ist nach Vajda's Untersuchungen am häufigsten von Fieber begleitet, er sah in 21 Fällen 19 mal Fieber auftreten.

Fall III. Kanonier A. St. Zugang 5. II. 82.

Coitus fand vielfach mit verschiedenen Frauenzimmern statt, welches der inficirende gewesen ist, nicht eruirbar.

3 Tage nach dem letzten (seit 11 Tagen) bemerkt er ein Geschwür, seit 8 Tagen Anschwellung der Vorhaut, sowie leichte Schmerzhaftigkeit in der linken Inguinalgegend.

Auf der dorsalen Fläche des praepatiums, rechts nahe an dessen Umschlagsrand, ein länglich rundes, bohnengrosses Geschwür mit aufgeworfenen, unregelmässigen Rändern und infiltrirter Basis, und mit grüngelbem dickem Eiter belegt. Keine Lymphangoitis am dorsum penis, starke Phimosis und starkes Oedem des praepetiums. Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen, links etwas schmerzhaft, kein Erythem im Rachen, kein Exanthem.

In der nächsten Zeit wurde ein Drüsenpacket in der linken Inguinalgegend sehr schmerzhaft, taubeneigross, Haut darüber blau-roth, gespannt, zeigte undeutliche Fluctution, die Entzündung ging jedoch auf Compression und Bleiessig ohne Fieberbewegung wieder zurück, während das Ulcus unter Jodoform keine Neigung zur Heilung zeigte und immer mehr einen torpiden Charakter annahm.

8. März. 37,1—38,1. Ulcus ist mit tropiden Granulationen besetzt, und zeigt bedeutende Härte. Leistendrüsen stark angeschwollen, links ein taubeneigrosses Drüsenpacket noch wenig schmerzhaft. Haut darüber nicht verschiebbar, derb infiltrirt, aber keine Entzündungserscheinung mehr, Oedem und Phimosis des Praepetiums bestehen fort. Keine

Lymphangoitis. Abends Klagen über Kopfweh und grosse Müdigkeit. Puls leicht erregt, Appetit erhalten.

9. März. 36,6—38,6. Beschwerden sind stärker geworden, starkes Hitzegefühl. Durst vermehrt. Appetit erhalten. Abends an Brust und Abdomen einzelne Roseolaflecke.

10. März. 36,6—38,3. Roseola spärlich (circa 15 Stück) aber deutlich. Abends starke Kopfschmerzen, sowie Schmerzen im Nacken. Auf der behaarten Kopfhaut mehrere Papeln. Erythem des Rachenorgan. Nackendrüse wenig geschwellt. Leichte Coryza.

11. März. 37,0—38,1. Mattigkeit, leichtes Kopfweh und Schwindelgefühl. Reissende Schmerzen in den Oberschenkeln und den Füssen. Appetit gut. Exanthem ist etwas stärker geworden, zwischen der Roseola einzelne erhabene hellrothe Flecken.

Haare gehen nach Aussage des Patienten seit einigen Tagen bedeutend aus.

12. März. 37,1—38,1. Beschwerden sind geringer geworden. An der Grenze zwischen Brust und Bauch, in den Hypochondrien sowie auf der behaarten Kopfhaut sind neue linsengrosse Papeln entstanden, sonst stat. idem.

13. März. 37,2 — 38,8. Wieder neue Eruption von Papeln auf der Brust und in den Hypochondrien, ebenso auf dem Rücken neben verschiedenen Acnepusteln. Wohlbefinden. Am dorsum penis Lymphangoitis, Ulcus zeigt keine Tendenz zur Heilung, Drüsenschwellung unverändert, ebenso Erythem im Rachen.

14. März. 37,2—38,7. An der Gränze von Stirn und behaarter Kopfhaut sind mehere Papeln entstanden, ebenso auf der Stirn selbst. Papeln am Rumpf blasser, schuppend. Klage über grosse Abgespanntheit bestehen fort, sonst aber Wohlbefinden. Appetit, Stuhl und Schlaf gut.

15. März. 37,3 — 37,8. Temperaturabfall. Von da Wohlbefinden. Ulcus sehr hart, atonisch, starkes Oedem der Vorhaut. Drüsenschwellung besteht fort. Exanthem wird blasser.

23. März. Patient klagt über Schmerzen im Ulcus namentlich beim Versuch, das praepatium zurückzuziehen. Schmerzen im rechten Knie, namentlich gegen den Abend.

Papeln am Rumpf flach, blass, zum Theil schuppend, ebenso im Gesicht, die auf dem Kopf meist mit kleinen Krusten bedeckt. Ulcus nimmt einen serpiginös-phagedaenischen Charakter an. Jodoform. Uriniren durch das starke Oedem und Phimosis erschwert. Pressschwamm in

den Praeputialsack; darauf Besserung letzterer Beschwerden. Erythem im Rachen, keine Schwellung der Rachenorgane. Coryza. Näselnde Sprache.

6. April. Gewicht 68 K. 200 grt. Beginn der Inunctionen. In den ersten Tagen der Schmiercur grössere Klagen über Müdigkeit und abendliche Kopfschmerzen.

9. April. Gew. 68 K. 500 grt.

Schmerzen in den Augen beim Lesen. Thränenfliessen. Doppeltsehen der Buchstaben, die neben einander, aber in ungleicher Höhe gesehen werden.

Durch die Güte des Herrn Stabsarzts Seggel wurde constatirt:

R bei S knapp $^2/_5$ H 1,5 D.
L bei S knapp $^2/_7$ H 3,5 D.

Ophthalmoskopisch und optometrisch.

Ausserdem:

Insufficienz des L. internus bei Convergenzanstrengung ohne Beweglichkeitsdefect.

Augenhintergrund beiderseits normal.

Die Sehstörungen waren nach 2tägigen Bestand wieder geschwunden. Das Ulcus begann sich unter dem Einfluss des Quecksilbers und unter Jodoform zu benarben, zu verkleinern und an Deutlichkeit der Härte zu verlieren, das Exanthem war nach der II. Tour fast völlig zurück gebildet, die Drüsenschwellung, sowie Phimosis und Oedem des praepatium bedeutend geringer.

Nach der V. Tour liess sich das praepatium ohne Schwierigkeit über die glans zurückbringen. Oedem ist verschwunden. Ulcus völlig vernarbt, an seiner Stelle bohnengrosse, blaurothe, indurirte Stelle, Nacken- und Leistendrüsen noch geschwellt. Pilul. Ricordii.

Später bekam Patient, der von der Eruption an fieberfrei blieb, starke Angina, Rhagades an den Mundwinkeln ohne Temperatursteigerung und befindet sich deshalb noch im Lazareth. Sein Körpergewicht hatte während der Schmiercur 1 Kilo zugenommen. Sehstörungen waren nicht wieder aufgetreten.

Fall IV. Gefreiter A. K. Eintritt 25. II. 82.

Letzter Coitus 26. Dezember. Seit Anfang Februar Geschwür. Beim Eintritt ein Ulcus am sulcus retro-glandularis links, von der Grösse und Form einer kleinen Bohne. Scharfe Ränder, bedeckt mit missfärbigen spärlichem Eiter. Ränder und Basis indurirt. Lymphangoitis an dorsum penis.

Leisten- und Nackendrüsen mässig geschwellt. Erythem im Rachen, keine Schwellung.

Von 27. Feb. — 3. März. Mässiges, remittirendes Fieber mit Abendexertationen bis 38,1 und 38,3. Dabei leichte dumpfe Schmerzen im Hinterkopf, Gefühl von Spannung im Nacken, Muskelschmerzen in den Armen, mässige Müdigkeit. Alle diese Beschwerden exacerbirten gegen Abend und waren nur gering Tags über. Appetit und Schlaf gut.

Am 3. März an Brust und Abdomen zahlreiche, einzelstehende, linsengrosse, hellrothe Roseolaflecke. Obige Beschwerden nur gering ausgesprochen.

4. März. Patient sieht sehr anaemisch aus. Temperatur normal. Diarrhoische Stühle, die auf Tinct. opii sistiren. Roseola besteht unverändert fort. Geringe Mattigkeit, sonst Wohlbefinden.

Von 31. April bis 4. Mai wieder leichte, abendliche Steigerungen bis 38,1 und 38,3 Kopfschmerzen, Mattigkeit. Flimmern vor den Augen. Appetit und Schlaf normal. Roseola erblasst. In derselben Zeit entwickelt sich reichliches miliares und lenticulaeres papuloeser Exanthem in den regiones epi-meso hypgastric, sowie in den Hypochondrien. Auch auf der behaarten Kopfhaut haben sich einzelne Papeln ausgebildet. Geringe Alopecie. Drüsenschwellung in der Inguinal, Cubital- und Occipitalgegend sehr deutlich. In der Inguinalgegend kirschengrosse indolente, leicht bewegliche Drüssen.

Starkes Erythem im Rachen, Geringe Schwellung. Ulcus fast völlig vernarbt, Härte sehr deutlich.

Nach Entwicklung des Exanthems Abfall der Temperatur zur Norm. Klagen über Müdigkeit, leichtes Benommensein des Kopfes, abendliche Kopfschmerzen dauern fort; auch macht sich eine gewisse Depression in der Gemüthsstimmung bemerkbar.

8. April. Körpergewicht 64 K. 500 grt. Exanthem bedeutend abgeblasst. Papeln eingetrocknet, auf der Oberfläche schuppend. Beginn der Inunctionscur.

11. April. 38,0—38,8 Stärkeres Krankheitsgefühl, leichtes Frösteln. Linksseitige Stirnkopfschmerzen, grosse Müdigkeit, Appetitlosigkeit.

In den nächsten Tagen leichte Diarrhoe ohne bekannten Diätfehler, geringe Leibschmerzen. Kein Fieber.

12. April. Körpergewicht 65 K. 700 grt.

23. April bis 27. April Diarrhoe mit mässig remittirendem Fieber. Körpergewicht 64 K. 440 grt. Haut ist glatt, ohne Pigmentflecken. Lymphdrüsen sind kleiner geworden, In-

duration, blauroth pigmentirt, hat abgenommen. Lymphangoitis am dorsum penis. Bei der Entlassung am 8. Mai Induration und Drüsenschwellung sehr gering. Wohlbefinden.

Tritt die papuloese Form als erstes Exanthem auf, so sind nach Vajda und Zeissl die Erscheinungen in der Regel etwas heftiger, namentlich erreichen die Kopf- und Gliederschmerzen einen höheren Grad von Intensität. Das Fieber hat nach Vajda einen continuirlichen Charakter. Das miliar-papuloese Exanthem hat eine sehr vehemente Eruption und befällt unter ziemlich hohem Fieber oft in 24—48 Stunden grosse Hautparthien, während das Hervorbrechen des lenticulaer-papuloesen Exanthems einen mehr subacuten Character besitzt und sich über 3—14 Tage hin erstreckt. Hiebei fällt die Acme des Fiebers mit jener Eruption zusammen, welche die zahlreichsten Efflorenzen hat.

Im Fall V haben wir am Ende einen solchen Ausbruch des lenticulaer-papuloesen Exanthems vor uns.

Infanterist M. L. Eintritt 11. IV. 82.

Nach letztem Coitus am 1. April bemerkte Patient ein kleines Knötchen an der Eichel, dasselbe zerfiel dann, eiterte stärker und wurde immer grösser. Bei der Aufnahme zeigt Patient anaemisches Aussehen, klagt über Müdigkeit und leichtes abendliches Kopfweh.

Im sulcus retroglandularis befindet sich auf der rechten Seite eine zwanzigpfennigstückgrosse exulcerite Sclerose, Lympfgefässe am dorsum penis als dicke und harte Stränge mit mehrfacher Thrombenbildung zu fühlen. Lymphdrüsen in der Inguinalgegend beiderseits geschwollen, indolent, links einige kleinkirschengross, Occipitaldrüsen ebenfalls erbsengross angeschwollen. Kein Erythem, keine Schwellung der Rachenorgane. Auf dem Abdomen, namentlich in beiden Hypochondrien neben linsengrossen blaurothen Pigmentflecken und mehreren älteren blassen, schuppenden Papeln, frische hellrothe Efflorescenzen.

In den nächsten 10 zum grössten Theil fieberlosen Tagen werden noch mehrere frische Papeln auf den Abdomen sichtbar ohne wesentliche Alteration des Allgemeinbefindens; die älteren dagegen verlieren immer mehr an Deutlichkeit.

Nach einer Inunctionscur schwand sehr bald das papulöse Exanthem, Sclerose und Drüsenschwellung gingen fast gänzlich zurück; der Anfangs anaemische Patient bekam frische Gesichtsfarbe, fühlte sich vollständig wohl und wurde am 7. Juni als geheilt entlassen.

Fall VI. Artillerist G. St. Eintritt 14. II. 82. Früher angeblich stets gesund. Letzter Coitus Ende Januar, vorletzter Ende Dezember, dann Angaben unsicher. Auf dem inneren Blatte des praeputiums links von der oberen Medianlinie des penis nahe am sulcus retroglandularis ein erbsengrosses, mit gelbem Eiter bedecktess, scharf gerändertes Geschwür ohne Induration. Keine Lymphgefässverdickung am dorsum penis, Leistendrüsen beiderseits leicht geschwollen, indolent.

In den nächsten 8 Tagen reinigte sich der Geschwürsgrund, es trat bald Benarbung und zugleich deutliche Induration ein. Lymphgefässverdickung am dorsum penis, Leistendrüsenschwellung wurde bedeutender.

22. Februar. Abends. Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit.

23. Februar. 38,0—38,9° C. Puls wenig beschleunigt. Kopfschmerzen haben sich gesteigert, Herz- und Lungenbefund normal, kein Exanthem.

24. Februar. 38,4—39,3. Die angegebenen Beschwerden sind stärker geworden, sowie unbestimmte Muskel- und Gelenkschmerzen aufgetreten.

25. Februar. 38,9—39,5. Puls beschleunigt, regelmässig. Starkes Krankheitsgefühl. Müdigkeit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, sowie heftige Schmerzen in beiden Handgelenken, geringere Schmerzhaftigkeit in den Ellenbogengelenken (Natr. salicyl 10,0).

26. Februar. 38,3—38,7. Handgelenke geschwollen, Haut darüber geröthet, heiss; Schmerzen geringer.

27. Februar. 38,6—37,4. Nur noch geringe Schmerzen, keine Schwellung mehr. Kein Exanthem, Herz frei.

28. Februar. 37;3—37,8. Gelenke völlig frei. Herztöne rein.

Ulcus benarbt, deutliche bohnengrosse Induration.

Von 1—6. März Patient fieberfrei und fühlt sich völlig wohl.

7. März. 37,3—38,1. Abends Kopfweh, Müdigkeit.

8. März. 37,3—38,1. Dieselben Beschwerden, sonst leichte Schmerzhaftigkeit in den Ellbogen, Hand- und Kniegelenken, keine Schwellung.

Anaemie des Patienten ist auffällig. Abends an der Grenze zwischen Bauch und Brust einzelne linsengrosse, hellrothe, wenig erhabene Flecken.

9. März. 37,8—39,0. P. 82. Grosse Müdigkeit, Appetitlosigkeit. Kopfweh. Zunge feucht, wenig belegt. Gelenk-

schmerzen sind unbedeutend, Gelenke frei beweglich, ohne Schwellung. Hellrothe linsengrosse Papeln auf der Brust und in den beiden Hypochondrien, sowie in der regio meso- und hypogastrica, zwischen den lenticulaeren auch miliare Efflorescenzen.

10. März. 38,5—38,7. Gegen Abend wieder stärkere Gelenkschmerzen, sowie leichte Schwellung in beiden Handgelenken. Herz frei. Keine neue Hauteruption. (Natr. salicyl. 10,0.)

11—18. März. Abfall der Temperatur unter gleichzeitigem Freierwerden der Gelenke; geringe Schmerzhaftigkeit bleibt aber immer zurück. Die Papeln beginnen flacher und blasser zu werden, einzelne schuppen, andere wieder bedecken sich mit dünner Kruste.. Sclerose unverändert. Allgemeine Drüsenschwellung, Erythema faucium; leichte Müdigkeit, sonst Wohlbefinden.

19. März. 37,7—38,2° C. Klagen über grosse Abgeschlagenheit. Gelenke ziemlich frei. An der Herzspitze schwaches, systolisches Geräusch mit blasendem Character. Puls klein, beschleunigt.

21. März. 37,7—384° C. Schmerzen im R. Kniegelenk, keine Schwellung. Leichtes Hitzegefühl, Appetit und Schlaf gut. Herzgeräusch unverändert.

22. März 37,7—38,6. Schmerzen im R. Kniegelenk geringer, dagegen auch Schmerzen im L. Kniegelenk ohne Schwellung. Geräusch am Herzen besteht fort, Herzdämpfung nicht vergrössert, Exanthem blasser und flacher.

26. März. 38,4—39,3. Starke Schmerzen im R. Handgelenk, das bedeutend geschwollen erscheint; geringere Schmerzen in den Ellbogen- und Schultergelenken. Frost- und Hitzegefühl. Geräusch an der Herzspitze undeutlicher, nur mehr noch lang gezogener dumpfer Ton.

27—29. März. Unter rapider Defervescenz werden Gelenkschmerzen geringer, Schwellung des R. Handgelenks nimmt ab, Exanthem besteht in Gleichem fort. Blasegeräusch an der Herzspitze wieder deutlicher.

8. April, Gelenke der Hand immer bei Bewegungen leicht schmerzhaft, sonst status idem.

Beginn der Inunctionscur. Abends leichtes Kopfweh, Müdigkeit. Appetit erhalten. Temp. 38,0°.

12. April. Am 5. Tage der Inunctionscur leichte Schmerzen im rechten Schultergelenk, namentlich beim Heben des Armes. Deutliches Geräusch am Herzen.

14. April. Nach Beendigung der 1. Tour ohne Tem-

peratursteigerung wieder geringere Schmerzen in den Handgelenken, keine Schwellung. Aussetzen der Inunctionen bis zum 21. April; von da an ohne Unterbrechung 4 Touren. Die Gelenke wurden völlig frei; das Herzgeräusch wechselte sehr in dem Grade seiner Deutlichkeit, war aber am Ende der Schmiercur bedeutend undeutlicher. Herzdämpfung war nicht vergrössert, übrigen Herztöne normal. Exanthem war völlig verschwunden, Sclerose und Drüsenschwellung nur noch ganz gering. Wohlbefinden, gutes Aussehen, Entlassung.

Gelenkaffectionen der Syphilis.

Schon weiter oben habe ich erwähnt, dass im Eruptionsstadium neben den Gliederschmerzen Schmerzen in den verschiedenen Gelenken auftreten können; gesellt sich zu diesen Gelenkschmerzen noch Schwellung und ist gleichzeitig hohes Fieber vorhanden, dann kann das Bild eines acuten Gelenkrheumatismus vorgetäuscht werden.

Nach der Arbeit von Dr. Gies, histologische und experimentelle Studien über Gelenkkrankheiten in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie von Hueter und Luecke XV. B. 6. Heft. 1881) muss man Fälle von Gelenkanschwellungen in den späteren Stadien der Syphilis trennen von solchen, die sicher im secundären Stadium neben einem frischen Exanthem auf der Haut vorkommen Erstere Formen von Gelenkerkrankungen beruhen entweder auf einer in Folge von allgemeiner Schwäche auftretender Neigung zu Transsudationen überhaupt oder haben ihren Ausgangspunkt in der Synovialmembran, im Periost und Knochen. Solche mehr chronisch im späteren Verlauf der Syphilis entstehenden Gelenkanschwellungen sind nach Angaben von Babington, Richet, Lücke, der die Gelenkerkrankung mit Gummabildung in den knöchernen Gelenkenden einhergehen sah, meist auf ein Gelenk beschränkt und meist nicht von Fieber begleitet. Auch die meisten von Bäumler (Verhalten der Körperwärme als Hülfsmittel zur Diagnose einiger Formen syphilitischen Erkrankung. Deutsch. Arch. f. klin. Medic. IX. B. 1872) angeführten unter stark remittirenden Fieber verlaufenden Gelenkanschwellungen gehörten den Spätstadien der Syphilis an.

Neben solchen Formen der Gelenkerkrankung bei veralteter Syphilis werden von Babington, Richet auch Fälle erwähnt, die neben Symptomen der secundären Periode beobachtet wurden. In den Fällen von Richet war die Affection stets monoarticulär.

Virchow theilte in seinem Archiv für patholog. Ana-

tomie 15. B. 1858 einen Fall von „Gelenkrheumatismus" bei einem 20jährigen Schlosserlehrling mit, welcher mehrmals hintereinander wegen Anschwellung der Kniegelenke die Charité aufsuchte und schliesslich 2 Jahre nach seiner ersten Aufnahme mit den Erscheinungen des Ascites und Schmerzhaftigkeit des R. Kniegelenks bald nach seinem Eintritt in die Charité in Sopor starb.

Section ergab: Pharynxnarben, Narben in der Leber, die mit gelben käsigen Knoten durchsetzt ist und parenchymatöse Schwellung zeigt.

Amyloid entartete Milz, parenchymatöse Nephritis, ausgedehnte, markige Schwellung der Lymphdrüsen und Follickel.

Obwohl die Anamnese in Bezug auf Syphilis nicht aufgenommen worden war, so glaubte Virchow nach dem Sectionsbefund Syphilis als Grundleiden annehmen zu können und den vorausgegangenen „sogenannten Gelenkrheumatismus recht wohl mit der Invasionsperiode der constitutionellen Syphilis in Zusammenhang bringen zu dürfen."

Volkmann (Pitha und Billroth Hdbch. der allg. und spec. Chirurg. 1864) sah polyarticuläre schmerzhafte Gelenkanschwellungen, die neben einem ungemein starken Exanthem auftreten und unter heftigem Fieber nach Art eines acuten Gelenkrheumatismus verliefen.

Lancereaux[1]) und Fournier[2]) sahen ebenfalls neben frischen maculösen und maculo-papulösen Exanthem Schmerzhaftigkeit, Anschwellung und Röthung verschiedener Gelenke, die nach Quecksilbergebrauch rasch zurückgingen. Nach beiden Autoren nehmen solche syphilitische Gelenkrheumatismen einen milderen Verlauf als der gewöhnliche und sind von weniger hohem Fieber begleitet als dieser.

Nach Lancereaux sind ausserdem diese Gelenkaffectionen sehr hartnäckig, wenn eine antisyphilitische Cur nicht eingeleitet wird und nach Fournier sind dieselben durch das Fehlen jeglicher Complication characterisirt.

Auch nach Voisin (Contribution à l'étude des Arthropathies syphilit. Paris 1875) und Vaffier (du Rheumatisme syphil. 1875) kommt Gelenkrheumatismus im secundären Stadium viel häufiger vor, als man gewöhnlich annimmt.

Auch bei Bäumler waren neben einem maculo-papulösen Exanthem beide Kniegelenke und rechtes Handgelenk schmerzhaft und geschwollen. Das Fieber war ein mässig remittirendes.

---

[1]) Lancereaux. Traité historique et pratique de la syphilis 1875.

[2]) Fournier. Notes sur les laesions des gaines tendineuses dans la syphil. secondaire 1868.

Sicher mussten auch in unserem Falle bei Stellung der Diagnose die vorhandene Syphilis, das sehr stark ausgesprochene miliare und lenticulae papuloese Exanthem, sowie die schliessliche Heilung der vorher immer in geringerem Grade vorhandenen Gelenkschmerzen durch die Inunctionen und der Umstand, dass auch das Herzgeräusch nach der Schmiercur an Deutlichkeit verloren hatte, die vollste Berücksichtigung finden.

Auf der anderen Seite erinnert der ganze Verlauf, dieser Wechsel in den ergriffenen Gelenken, das öftere Schwanken zwischen Nachlassen und Verschlimmerung des Leidens, der diesen wechselvollen Gelenkaffectionen entsprechende unregelmässige Gang der Temperatur, die nach Bäumler bei der syphilitischen Gelenkaffection ein mehr gleichmässiges, durch ungemein grosse Remissionen characterisirtes Fieber darstellt, sowie schliesslich die endocardiale Veränderung mehr an einen gewöhnlichen intercurrirenden Gelenkrheumatismus.

Fasste man nun den Zeitpunkt der Eruption auf der Haut in's Auge, so fällt mit derselben die zweite Temperatursteigerung zusammen; da während dieses Ansteigens der Temperatur eine namhafte Gelenkanschwellung und Schmerzhaftigkeit nicht statt hatte, so kann man diesem zweiten Fieberanfall mehr die Bedeutung eines Eruptionsfiebers beimessen.

Fall VII. Sanitätssoldat L. Sch. Zugang am 15. III 82. In seiner Jugend hatte er öfters an Drüsen gelitten, sonst aber angeblich stets gesund. Vor circa 3 Monaten bemerkte Patient an der äusseren Haut des penis oben nahe an dessen Wurzel ein Geschwür, das unter Selbstbehandlung mit Carbolsäure bald heilte. Seit 3 Wochen sei an dieser Stelle eine bedeutende Härte auffällig und seit angeblich 8 Tagen ein Ausschlag am Körper, Schmerzen im Halse, Schlingbeschwerden und Brennen in der Analfalte von ihm bemerkt worden. Ueber den inficirenden Coitus Nichts eruirbar. Graciler Körperbau, schlechter Ernährungszustand, hochgradige Anaemie, grosse Müdigkeit, Abgeschlagenheit in allen Gliedern, Kopfschmerzen, Halsschmerzen.

An der Wurzel des penis ein zwetschgengrosses Conglomerat verschiedener, kupferroth gefärbter, schuppender Papeln auf infiltrirter Basis. Auf der corona glandis eine oberflächlich zerfallene, leicht nässende Papel, nahe am orificium extern. urethrae ein blaurother, linsengrosser Pigmentfleck. Keine Lymphgefässverdickung am dorsum penis. Inguinal-

drüsen beiderseits oberhalb des ligamentum Poupartii, sowie ein Drüsenpaquet unterhalb des letzteren haselnussgross geschwollen, indolent, unter der Haut leicht verschiebbar. Ein Drüsenpaquet am linken Unterkieferwinkel bei Druck leicht schmerzhaft; starke Schwellung der Cervical- und Cubitaldrüsen. Starke Schwellung und lividrothe, glänzende Verfärbung der Rachenorgane; auf der rechten Tonsille kleine Ulceration mit graugelbem Belag. Uvula stark ödematös, unten eingekerbt.

Am ganzen Körper ein gross papulöses Exanthem. Die einzelnen Papulae sind linsen- bis 20 Pfennigstück gross, haben meist kupferrothe Färbung und sitzen vielfach auf infiltrirter Basis; die Oberfläche desselben theils glatt, theils schuppend oder mit Krusten bedeckt. An manchen Stellen, namentlich am Rücken eine ringförmige Anordnung nicht zu verkennen. Auf der Stirne, an der Grenze zur behaarten Kopfhaut sowie auf der letzteren selbst zahlreiche schuppende Papeln; mehrere derselben zu förmlichen Platten mit derber Infiltration der darunterliegenden Cutis vereinigt. Die Papeln auf der behaarten Kopfhaut mit Krusten bedeckt. Um die Aftermündung herum zahlreiche, nässende Condylomata lata. Auf den unteren Extremitäten neben mehreren blaurothen Pigmentflecken zahlreiche Papeln von obiger Beschaffenheit. Ozaena, leichter foetor ex ore. Stimme belegt, Kehlkopf, Stimmbänder, Epiglottis normal. Unter der vorläufigen Behandlung mit Gargarisma Kalichloric. Priessnitz und Hebung der Konstitution durch kräftige Kost ging in den nächsten Tagen die Angina etwas zurück, der papuloese Ausschlag wurde blasser, das Fieber war ein mässiges, von remittirendem Charakter.

25. März 37,2—37,9° C. Starkes Erbrechen von schleimigen, gallig gefärbten Massen. Grosse Appetitlosigkeit, Kopf- und Leibschmerzen.

In den nächsten Tagen Besserung dieser Beschwerden. Am 31. März fiel bei dem Patienten ein etwas gedunsenes Gesicht auf, sowie leichte Schwellung an der Halsgegend und geringes Oedem der unteren Augenlider.

Untersuchung des Urins ergab sehr reichlichen Eiweissgehalt: Therapie. prolongirte, warme Bäder, Digitalis, Liquor Kal-acetic.

1. April 36,9 — 37,5. Oedem ist stärker geworden. An den Extremitäten zu beiden Seiten der Knöchel, sowie am ganzen Rumpf Anasarca.

Respiration etwas erschwert, Puls mässig voll, wenig

frequent. Herztöne rein, Dämpfung nicht vergrössert. Harnmenge pro die 1600 gr. Starker Eiweissgehalt. Mikroscopische Untersuchung ergab zahlreiche Hyalina und granulirte Cylinder.

Exanthem im Gleichen.

2. April. Beginn der Inunctionscur.

7. April. Beendigung der ersten Tour. Hydrops anasarca ohne merkliche Aenderung. Exanthem bedeutend blasser und flacher. Zugleich aber Speichelfluss, Schwellung, Lockerung und Schmerzhaftigkeit des Zahnfleisches. Appetitlosigkeit, Albuminurie besteht in gleichem Grade fort. Harnmenge 1700 gr.

8. April. 37, 4 — 37,8° C. Speichelfluss hat zugenommen, ebenso Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Zahnfleisches. Submaxillardrüsen und Parotidengegend angeschwollen, starke Schmerzen im Gesicht. Foetor ex ore. Völlige Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit, Kauen sehr schmerzhaft, Schlingbeschwerden. Hydrops ist derselbe geblieben, ebenso Albuminurie unverändert.

Ausspülungen des Mundes mit Aqu. Chlori in Decoct. rad. Althaeae, Wechsel der Bettwäsche, Sorge für frische Luft. Schlucken von Eis. Feuchter Umschlag um den Hals. Morphium.

9. April. 37,5 — 38,6. Noch stärkere Anschwellung des Gesichtes, subjectiv stark spannendes, schmerzendes Gefühl in demselben, Schlingbeschwerden. Patient kann nur noch flüssige Nahrung zu sich nehmen. Völlige Schlaflosigkeit. Puls klein, frequent. Herztöne rein. Sprache nässelnd und etwas unverständlich, intensiver foetor ex ore.

10. April. 37,3 — 37,8. Subjective Beschwerden sind noch stärker geworden. Hydrops hat zugenommen. Albuminurie besteht fort. Harnmenge 1680 gr. pro die. Zunge zu einer unförmlichen, kolbigen, roth glänzenden, schwer beweglichen Geschwulst umgewandelt. Sprache sehr unverständlich, sonst status idem. Therapie wie oben.

11. April. Patient ist sehr verfallen. Sprache völlig unverständlich. Mehrere kleinere Mercurialgeschwüre an der Spitze und an den Rändern der Zunge. Foetor hat einen unerträglichen Grad erreicht. Abends ist Patient schwer besinnlich, verkennt von Zeit zu Zeit seine Umgebung, schlägt nach dem Wärter, lässt sich nicht mehr messen; hie und da äussert er sich durch Zeichen über starke Schmerzen im Gesicht und giebt seinen Wunsch nach Morphium

zu verstehen. Puls klein, beschleunigt. Respiration oberflächlich, ohne Anstrengung.

12. April. Dieser trostlose Zustand dauerte nach einer meist schlaflosen Nacht bis Früh 9 Uhr, wo er rasch collacabirte und ohne Sufficationserscheinungen entschlief.

Section am 13. IV. 82 früh 11 Uhr.

Auszug aus dem von Herrn Chefarzt Dr. A. Vogl dictirtem Sectionsprotokoll:

Blasse Hautfärbung, mässige Abmagerung, Oedem besonders des Gesichts, Halses und der Extremitäten. Die Haut mit ziemlich abgeflachten, lividrothen, schuppenden Papeln bedeckt.

Schädeldach von normaler Dicke, Vergrösserung des linken Diagonaldurchmessers. Oberfläche der dura mater blass, mässig gespannt, blutleer; Gehirnoberfläche an den abwärts gelegenen Theilen blutgefüllt, Gyri abgeflacht, Oberfläche blutleer.

Trübes durchschimmerndes Serum in den subarachnoidealen Räumen; Seitenventrikel selbst von normaler Weite. Plexus choroideus mässig gefüllt; Durchschnitt des Gehirns zeigt stark markirte Corticalsubstanz; weisse Substanz gräulich, röthlich gefärbt und mit mässigen Blutpunkten besetzt. Gehirnsubstanz derb und lederartig.

(Brustorgane ohne wesentlichen Befund).

Beim Entfernen der Gebilde der Mundhöhle bedeutende Schwellung der Maxillar- und Sublingualdrüsen, die auf dem Durchschnitt markig infiltrirt erscheinen. Uvula und Tonsillen infiltrirt, ebenso Mundschleimhaut geschwellt. Zunge vergrössert, an beiden Rändern missfarbig und mit ausgebreiteten Geschwürsflächen bedeckt. An der hinteren Pharynxwand leichte Exsudatschichten. Kehldeckel infiltrirt, Innenfläche desselben geröthet und injicirt.

Bauchhöhle. Milz von normaler Grösse, mit eingekerbten Rändern, Oberfläche gerunzelt, leicht getrübt. Pulpa dunkel gefärbt und derb, an den Trabekeln nichts Abnormes.

Linke Niere gross mit blasser Oberfläche, gespannter Kapsel. Zahlreiche Venensterne, dünne leicht abziehbare Kapsel. Oberfläche glatt und grau, Länge der Niere 13,5 cm, Breite 7 cm und Dicke 4 cm. Corticalsubstanz nicht verbreitert, fettig degenerirt.

Rechte Niere ebenfalls vergrössert, auffallend gross, gequellte Bindesubstanz; an der Schnittfläche gleicher Befund wie links.

Leber blutreich, derbe Substanz.

Wie in vielen Fällen von subacuter, parenchymatöser Nephritis, so war auch in diesem Falle die Aetiologie völlig dunkel. Patient will früher nie krank gewesen sein und hat angeblich noch nie an Anschwellungen der Füsse, der Hände etc. gelitten; ebensowenig waren ihm Veränderungen in der Menge und Farbe des Urins aufgefallen; er konnte sich nicht erinnern, jemals an Rückenschmerzen, Verdauungsstörungen, Müdigkeit oder sonstigen Beschwerden gelitten zu haben. Patient hatte sich ganz gesund gefühlt bis zur Zeit des starken Hautausschlags, von da waren Müdigkeit, Appetit- und Schlaflosigkeit, Gefühl von Frost und Hitze seine Beschwerden; Veränderungen beim Uriniren und im Harn wurden ebenso wenig wie Anschwellungen der Füsse bemerkt.

Das im Ganzen mässig hohe und remittirende Fieber hängt wohl von dem papuloesen Exanthem ab; als die Nierenaffection durch Symptome äusserlich sich sichtbar machte, war Patient fieberlos.

Nephritis bei Syphilis.

Während Albuminurie bei marantischen, kachectischen, mit tertiär-syphilitischen Symptomen behafteten Patienten sehr häufig vorkommt, wo dieselbe meist auf amyloider, seltener gummatöser Entartung der Nieren beruht, finden sich in den Lehrbüchern keine Angaben über den Zusammenhang zwischen Nierenaffectionen und frischer Syphilis.

Von manchen Beobachtern wird eine vorübergehende Albuminurie während des Eruptionsstadiums angegeben.

Bradley sah in 20 Fällen hereditärer Syphilis 2mal Albuminurie ohne Oedeme.

In einem anderen Falle sah derselbe bei einem 4monatlichen hereditär-syphilitischen Kinde neben einem schuppenden papulösen Exanthem, allgemeinen Hydrops und Albuminurie mit zahlreichen Epithel- und Körnchencylindern.

Wagner (die const. Syphilis und die davon abhängige Nierenkrankheiten. Deutsches Archiv f. klin. Med. XXVIII. Bd. 1. Heft. 1880) sah neben noch bestehenden Zeichen oder den Residuen vorausgegangenen Syphilis in 8 Fällen den akuten morb. Brightii, in 4 den chronischen, in 7 die granulirte Niere, in 6 die Atrophie einer Niere, in 35 die Amyloidentartung und ist geneigt, für die grosse Mehrzahl der Fälle eine Abhängigkeit der Nierenaffection von der Syphilis anzunehmen.

Neben Symptomen der frischen Syphilis fand sich die acute Form des morb. Brightii mit Oedem in 1 Fall von frischer Roseola (6 Wochen nach Coitus) mit allgemeiner Drüsenschwellung und Tonsillargeschwür. Heilung durch Schmierkur und Jodkali.

Die uns interessirende Form des subacuten Morb. Brightii begegnete Wagner in 4 Fällen; in 1 Fall war Patientin 8 Wochen vorher wegen syphilitischen Pemphigus mit Sublimatinjectionen behandelt worden, hatte später Abortus und starb nach Eclampsie, Puerperalfieber, u. R. Pleuraexsudat.

2 weitere Fälle beziehen sich auf tertiäre Syphilis.

4. Fall. 30jähriger Mann Lange, seit 1½ bis vor ¼ Jahren secundär syphilitisch, seit 7 Monaten Hämaturie; am 27. Mai plötzlich Convulsionen, seit 28. Mai Gesichtserysipel, gestorben 1. Juni 1860. Die Section ergab Morb. Brightii. 2. Stadium.

Hier traten, wie scheint, die ersten Symptome des Nierenleidens während des Bestehens von Zeichen secundärer Lues hervor und wenn wir bedenken, dass auch unser Fall nicht ganz frisch war, dass vielmehr das stark papulöse Exanthem eine Nachschubs- oder Recidivform darstellte, so konnte man auch hier an die Möglichkeit eines Zusammenhanges der Nierenaffection mit der Syphilis denken. Die in dieser Ueberlegung eingeleitete Inunctionskur, die im Allgemeinen bei bestehendem Oedem wegen grosser Gefahr der Salivation zu vermeiden ist, scheint allerdings in ihrer Wirkung das Gegentheil zu beweisen.

Pustulöse Exantheme

entstehen meist aus einer papulösen oder vesiculären Ausschlagsform und sind sowohl während ihres Entstehens, als auch während ihres weiteren Bestandes von hohem Fieber begleitet. Tritt ein scheinbar primärer pustulöser Ausschlag unter remittirenden hohen Fieber auf, so wird es sich wohl meist um ein der vorhergegangenen und unbemerkten Roseola nachfolgendes Exanthem handeln. (Siehe Fall VIII).

Defervescenz.

Die Defervescenz kann, wie bereits angedeutet, durch Angina, Darmcatarrh, suppurirenden Bubo etc. verdeckt sein, und es schliessen sich dann dem eigentlichen Eruptionsfieber fieberhafte Zustände von verschieden langer Dauer an. Die meisten dieser Erkrankungen haben nur mässiges Fieber und in der Regel normale Morgentemperaturen. Angina kann

sehr hohes Fieber bedingen, scheint sich aber in ihrem Temperaturgang in Nichts von einer gewöhnlichen Angina zu unterscheiden.

Entwickelt sich aus einer Roseola eine vorgeschrittenere Form des Exanthems, so ist dieser Vorgang meist mit Fieber mässigen Grades begleitet, das ebenso wie das bei einem bereits gesetzten Exanthem den remittirenden Charakter besitzt. (Fall V, VII).

Nachschübe.

Nachschübe zu einem bereits bestehenden oder wieder verschwundenen Exanthem (Roseola) wurden mehrfach beobachtet, ohne dass dieselben vom Fieber eingeleitet gewesen wären. Dagegen zeigte ein Fall von Acne syphilitica einen sehr stürmischen Verlauf. Das Fieber, welches bedeutendere Höhen erreichte, hatte einen exquisit remittirenden Typus. Die Remissionen betrugen in diesem Falle 1,7—2,0% C., ohne dass die Norm mit der Remission erreicht wurde.

Fall VIII. Infanterist P. T. Zugang am 22. III. 82. Angaben über inficirenden Coitus ungenau. Seit 10 Tagen Geschwür bemerkt. Vor 3 Tagen Anschwellen der Vorhaut; starkes Jucken auf der Eichel. Vergrösserung und leichte Schmerzhaftigkeit der Inguinaldrüsen. Im Uebrigen Wohlbefinden.

Patient ist bei der Aufnahme anämisch, gut genährt. Oedem des präputiums, starke Balanitis. In der oberen Mittellinie des penis an der Corona glandis eine erbsengrosse, zerfallene, mit wenig Secret bedeckte Papel mit geringer Infiltration der Basis und Umgebung; ihr gegenüber am inneren Blatt des präputiums eine kleinere, anscheinend durch Abklatsch entstandene Papel. Des Präputium an seiner Ansatzstelle an die Corona glandis derb infiltrirt; bei stärkerem Zurückziehen der Vorhaut wird diese an der Ansatzstelle wachsartig, blutleer. Geringe Lymphangoitis am dorsum penis. Inguinaldrüsen in 4 Gruppen erbsen- bis kirschengross angeschwollen; 3 Gruppen längs und oberhalb, eine unterhalb des ligament. Poupartii. Neben mässiger Schwellung der Tonsillen lividrothe Färbung der ganzen Rachenorgane.

23. März. 37,6—38,4 Kopfschmerzen, grosse Abgeschlagenheit.

27. März. 37,5—38,0. Wohlbefinden. Früh auf Abdomen und Brust hellrothes, klein maculöses Exanthem, welches in den nächsten Tagen, wo Entfieberung bereits eingetreten ist, an Deutlichkeit gewinnt.

29. März. 37,6—38,1. Exanthem sehr deutlich. Oedem des präputiums verschwunden. Balanitis geheilt. Papel an

der Eichel ziemlich zurückgegangen. Inguinaldrüsen stärker angeschwollen, Cervicaldrüsen ebenfalls vergrössert, Gelenkschmerzen in den Knien und Ellenbogen, die gegen Abend exacerbiren und in der Ruhe stärker sind als bei Bewegungen. Erythem im Rachen intensiver.

31. März und 1. April bei fast normalen Morgentemperaturen abendliche Exacerbationen von 38,5 und 38,3. Kopfweh und Müdigkeit. Grosse Anämie. Appetit erhalten. Roseola erblasst, dagegen miliare Papeln in den Hypochondrien.

2. und 3. April. Abends 39,1 stärkeres Krankheitsgefühl. Keine Veränderung nachweisbar.

4. April 38,0—39,8 Abends starker Frost, heftiger Kopfschmerz, Schwindel, Zunge mässig feucht, wenig belegt. Puls beschleunigt. Lunge und Herz normal. Abdomen nicht aufgetrieben, nirgends druckempfindlich. Milz nicht vergrössert.

Starke Schmerzen in den Knie-, Hand- und Ellenbogengelenken, keine Schwellung, keine Röthung.

5. April 38,0—39,7. Gelenke ohne Schmerzen. Im Befinden keine Aenderung. An der Innenfläche der Oberschenkel mehrere dunkelrothe erhabene Flecken.

6. April 37,7—39,5. Puls wenig beschleunigt. Zunge ohne Belag. An den Oberschenkeln haben sich aus den gestrigen rothen Flecken Acneknoten entwickelt.

An der Stirne über dem margo supraorbitalis fleckige, etwas erhabene Röthe.

7. April 37,6—39,6. Patient hat keine Klagen.

Appetit und Schlaf gut.

Auf der Stirne haben sich aus den zahlreichen rothen Flecken halberbsengrosse, auffällig kupferfarbige Knoten gebildet (Acne), welche theils circumscript und einzeln stehen, theils zu kleineren Gruppen vereinigt sind.

8. April 37,4—39,0. Geringe Kopfschmerzen, sonst Wohlbefinden. Auf der Höhe der Acneknoten haben sich kleine Pusteln gebildet.

Vom 9. April an normale Temperaturen und völliges Wohlbefinden. Die Acnepusteln trockneten in den nächsten Tagen ein, bedeckten sich erst mit dünner Kruste, dann mit Schuppen, wurden immer flacher und verschwanden endlich mit Hinterlassung von lividrothen Pigmentflecken. Eine während der am 14. April begonnenen Inunctionscur auftretende starke Angina verlief fieberlos. Das Exanthem, die Drüsenschwellung, der Primäreffect gingen sehr schnell zurück, und bei der Entlassung war Patient völlig wohl.

Icterus im condylomatoesen Stadium der Syphilis.

Ursache zu Fieber kann zu dieser Zeit auch ein Icterus geben, der im condylomatösen Stadium mehrfach beobachtet und mit der Syphilis in Zusammenhang gebracht worden ist. Dieser Icterus ist nach den Angaben der Beobachter ausgezeichnet durch das Fehlen der unter gewöhnlichen Umständen Icterus hervorrufenden Ursachen und das zu gleicher Zeit bestehende specifische Exanthem auf Haut oder Schleimhaut; er soll ferner häufiger Fieber machen als der gewöhnliche und in der grösseren Mehrzahl der Fälle nicht sowohl von Pulsverlangsamung als vielmehr von einer vermehrten Pulsfrequenz, die auf die syphilitische Infection zurückzuführen ist, begleitet sein.

Wunderwald (2 Fälle von weichem Schanker. Inaug.-Dissert. Leipzig 1868) berichtet über einen fieberhaften Icterus mit vermehrter Pulsfrequenz (112—120 in der Minute) neben einem stark ausgeprägten papulösen Exanthem.

Güntz sah nach einer fieberhaften Roseolaeruption 1 Tag nach der Entfieberung einen unter mässigem Fieber verlaufenden Icterus auftreten; in einem weiteren Falle trat ein solcher 4 Tage nach einer fieberhaften Eruption von Roseola auf, der keinerlei Temperatursteigerung zu verzeichnen hatte.

Lancereaux constatirte auch meist fieberlosen Verlauf. Er vermuthet als Ursache eine Compression der Gallengänge durch vorhandene Drüsenschwellung, während Andere eine Fortpflanzung des in dieser Periode häufig vorkommenden Magen-Darmkatarrhs auf die Schleimhaut des ductus choledochus, dadurch bedingte Schwellung und Lockerung der Schleimhaut und secundäre Behinderung des Gallenabflusses annehmen.

Freilich fehlt in manchen Fällen eben dieser Dünn-Darmcatarrh, und spricht Lebert (Virchow's Archiv, 8. Bd. 1855) die Ansicht aus, dass sich unter directem Einfluss der Syphilis ein Icterus gravis entwickeln könne.

„Interessant ist die Complication mit Syphilis, welche, wie wir sehen, als Causalmoment auf die Entwickelung des bösartigen Icterus wirken kann."

Ein im Lazareth beobachteter Fall betrifft einen sehr starken Icterus, der ohne Diätfehler, ohne Magendarmkatarrh entstanden, neben zahlreicher Wucherung breiter Condylomata lata am anus und allgemeiner indolenter Drüsenschwellung aufgetreten war.

Fieber fehlte vollständig und wenn auch eine vermehrte Pulsfrequenz nicht constatirt werden konnte, so war auch nie Pulsverlangsamung vorhanden.

Fieber nach Quecksilbergebrauch.

Ferner sieht man nicht ganz selten Fieberbewegungen nach Quecksilbergebrauch; gewiss war dies früher viel häufiger noch der Fall, als man die forcirten Quecksilberkuren, die man nicht selten zur leichteren Einwirkung des Medikaments noch mit streng entziehender Diät verband übte und eine Salivation förmlich mit Freuden begrüsste als das Criterium, dass das Quecksilber zur unbeschränkten Einwirkung auf den ganzen Organismus gelangt sei.

Güntz sah bei einem nicht syphilitischen Patienten, der wegen Pediculi ½ Unze grauer Salbe auf den Kopf gerieben hatte, Temperaturen bis zu 31,0° R. auftreten.

Dr. August Stöhr theilt (Archiv f. klin. Med. III B. 1869) mehrere Beobachtungen mit, nach welchen das mässige Fieber einer syphilitischen Angina oder eines Exanthems bis auf 39,5—40,0°. C. gesteigert wurde, Temperaturen, die er auf Quecksilberintoxication zurückführt und in solcher Höhe sonst bei Syphilis nicht beobachten konnte.

In mehreren Fällen traten bei uns kurz nach Beginn der Inunctionskur abendliche Steigerungen bis 38,6- 38,8° C. auf, zu gleicher Zeit mit leichtem Kopfweh und Schwindel, ohne dass wir sonst einen objectiven Befund vor uns hatten.

Fieber bei recidivirenden Hautausschlägen.

Recidivirende Hautausschläge treten mit oder ohne Fieber auf; der Fiebertypus wird hiebei als remittirender geschildert und auch unser Fall hatte bedeutendere Remissionen; auch hier besteht oft ein Missverhältniss zwischen In- und Extensität das Exanthems und der Höhe des Fiebers. Die grössere oder geringere Intensität des Fiebers ist wohl durch das acute oder mehr chronische Auftreten der Recidivformen bedingt. Zwischen die einzelnen Fieberanfälle sind fieberfreie Tage eingeschaltet, und ist hiebei eine gewisse Regellosigkeit in Bezug auf die Dauer der fieberfreien Intervalle sowohl, als auch auf die Dauer des Fiebers nach Lancereaux für Syphilis bezeichnend. Der Abfall des Fiebers soll, nach-

dem das Exanthem seine grösste Ausdehnung erreicht hat, eintreten und nach manchen Autoren rapid, nach Güntz mehr allmählich sich vollziehen.

Fall IX. Unteroffizier J. B. Zugang 14. III. 82. mit der Angabe sich seit 6 Tagen unwohl zu fühlen. Klagen über Kopfschmerzen, allgemeine Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Nackenschmerzen, retardirten Stuhl und unruhigen Schlaf. Früher angeblich stets gesund.

Temperat. 38,9 P. 73. R. 24.

Mässig kräftig entwickelter Körperbau, günstiger Ernährungszustand, gesunde Gesichtsfarbe. Lunge und Herz normal, Abdomen nicht meteoristisch. Milzdämpfung nicht vergrössert. Starke Eruption von Acne auf dem Rücken, sowie auf Brust und Bauch suspectes papulöses Exanthem.

15. März 37,4—38,4° C.

Genauere Untersuchung ergab weiter:

Patient hatte im Frühjahr 1878 Schanker mit Drüsenschwellung, Schlingbeschwerden, Heiserkeit. Inunctionscur. Von da an bei Mässigkeit in Baccho et Venere stets gesund.

Nahe am orificium extern. urethrae ein linsengrosser, lividrother Pigmentfleck. Frenulum zerstört, an dessen Ansatzstelle an die Glans ebenfalls kleiner Pigmentfleck, keine Induration. Balanitis mit oberflächlichen Erosionen auf der glans; an dem scrotum mehrere flache, erbsengrosse schuppende Papeln mit rother, nicht infiltrirter Basis. Am Rücken zahlreiche Acneknoten; auf der Brust, dem Bauch, den unteren Extremitäten neben blau- und bräunlichrothen Pigmentflecken linsengrosse Papeln, zum Theil frisch, hellroth, glatt, zum Theil auf der Oberfläche schuppend. Corona Veneris. Im linken Mundwinkel eine linsengrosse zerfallene, nässende Papel (Rhagades), allgemeine Drüsenschwellung, eine kirschengrosse Drüse am linken processus mastoideus schmerzhaft, geringes Erythem der Rachenorgane; leichte Schwellung und Röthung der Kehlkopfschleimhaut, der Stimmbänder und Epiglottis. Geringe Alopecie, Urin eiweissfrei.

Unter Anwendung von Bädern, Bepinselung der Rhagades mit Sublimat, unter Hebung der Ernährung wurden die Localerscheinungen rückgängig, das Befinden ein besseres; Temperatur subfebril.

20. März Abends 39,1, auf welcher Höhe sich die Temperatur fast durchgehends mit Tagesremissionen von meist 1,—1,6° C. bis zum 27. März erhielt. Dabei hie und da leichtes Kopfweh gegen Abend, öftere Schmerzhaftigkeit in den Kniegelenken sowie geringe Eruption von frischen

Papeln und Acneknoten. Appetit war stets erhalten, Befinden ein gutes. Kein Husten, keine Schmerzen, kein übriger Befund.

28. März. Ziemlich starker Temperaturabfall, dem sich zwei Tage lang subfebrile Temperaturen und dann 2 völlig fieberfreie Tage anschliessen. Wohlbefinden. Rhagades geheilt. Papulöses Exanthem ist blasser und flacher geworden.

Am 2. April. Allmähliches Ansteigen der Temperatur unter mässigen Remissionen und abendlichen Temperaturen von 38,2 und 38,5° C. bis am 6. April Abends das Maximum mit 38,9° C. erreicht ist. Dabei völliges Wohlbefinden.

Papeln in fortwährendem Rückgang, und nur auf dem Rücken sind neue Acneknoten hervorgebrochen. Sonst nirgends ein Befund.

Vom 6. April an Pilulae Ricordii. Rückkehr der Temperatur mit mässigen Remissionen zur Norm in 3 Tagen.

Vom 10. April ab stets normale Temperaturen, völliges Wohlbefinden. Heilung.

Auffällig war in diesem Falle das Missverhältniss, das zwischen dem Fieber und dem Exanthem bestand. Letzteres war im Ganzen mässigen Grades vorhanden, und ward nicht von Anfang an das Fieber auf diese Affection bezogen; der völlige Mangel jedes anderen Anhaltspunktes für die Temperatursteigerung führte bald zur Diagnose eines syphilitischen Fiebers.

Fieber bei Periostitis.

Periostitis geht meist mit Temperatursteigerung einher, wobei wohl die Ausdehnung der Knochenaffection zum guten Theil den Grad des Fiebers bestimmt.

Vajda sah nur geringe Temperaturhöhen 37,7—38,5° C.

Janovsky erwähnt Temperaturgrade bis zu 39,1 und 39,5° C.; in diesem Falle handelte es sich um eine Perforation des harten Gaumens.

Fall X. Schwerer Reiter J. M. Zugang am 7. III. 82, nachdem er am 11. November 1881 bis 18. Januar 82 wegen Syphilis im Lazareth in Behandlung gestanden. Er hatte damals Sclerose, fieberhafte Eruption von Papeln und wurde specifisch behandelt.

Bei seiner Aufnahme am 7. März klagt Patient über starkes Herzklopfen als Hauptbeschwerde, leichte Müdigkeit und Heiserkeit.

Status: Grosse Anämie, mittelmässiger Stand der Ernährung. Erregte Herzaction; an der Herzspitze systolisches Blasen, Herzdämpfung nicht vergrössert, II. Palmonalton

nicht verstärkt, Puls mässig voll, etwas beschleunigt, regelmässig. Lunge normal. Laryngoscopisch: leichte Schwellung und Röthung der Epiglottis und des Stimmbandes.

Geringes Erythem der Rachenorgane. Allgemeine Drüsenschwellung.

An der Stirne lenticulär-papulöses Exanthem (Corona Veneris) ebenso an den linken Augenbrauen mehrere schuppende Papeln. Papulös-squamöses Syphilid am Tragus des linken Ohres. Haut am Rumpf marmorirt.

Während man wegen der geschwächten Constitution des Patienten von einer eingreifenden Therapie absah und sein Hauptaugenmerk auf die Larynxaffection und vor Allem auf die Hebung des Allgemeinzustandes richtete, traten am 26. März starke Schmerzen an der linken Tibia auf; ausserdem stärkere Angina.

27. März 37,8—38,1° C. Schmerzen auf beiden Tibiae, sowie im vorderen Drittel des rechten Radius. Auf beiden Tibiaflächen leichtere Auftreibungen, die äusserst schmerzhaft bei Berührung sind. Schmerzen am Tage gering. Von Nachmittag 4 Uhr exacerbiren dieselben, rauben den Schlaf, und lassen erst gegen den Morgen etwas nach. Appetit gering. (Jodoformvaselin, feuchte Umschläge, Choralhydrat.) Beginn der Inunctionscur.

29. März 37,8—38,5° C. Schmerzen gegen Abend wieder stärker haben reissenden und bohrenden Charakter. Völlige Appetitlosigkeit, hochgradige Anämie. Schlaf trotz Morphium sehr gering.

30. März 38,3—38,5° C. Den ganzen Tag über fast völlig schmerzenfrei. Gegen Abend wieder bedeutende Schmerzen. Angina ist stärker geworden. (Jodkali 4 gr.)

1. April 37,5—38,1 Schmerzen sind Abends hochgradig. Hochgradige Anämie; völlige Schlaflosigkeit, kein Appetit; Patient fühlt sich sehr schwach. Therapie in Gleichen.

2. April 37,2—38,0. Befinden ohne Aenderung. Auf der linken Tibia hat sich im mittleren Drittel auf der breiten Fläche des Knochens eine diffuse, 2 Markstück grosse, etwas geröthete, bei Druck und spontan sehr schmerzhafte Geschwulst gebildet. 1 Tour beendet.

3. April. 37,4—37,9. Schmerzen waren heute geringer. Leichte Unebenheiten auf beiden Tibialflächen, links ist die Geschwulst etwas kleiner geworden, aber schmerzhaft geblieben. Patient sichtlich etwas wohler, hat Appetit bekommen. (Jodkali 4 gr.)

In den nächsten Tagen wurden Temperaturen normal, die Schmerzen liessen nach, Patient fühlte sich wohl.

Am 9. April beim Beginn der 3. Tour der Inunctionscur treten Nachmittags gegen 4 Uhr wieder bedeutende Schmerzen an dem schon vorher ergriffenen Knochen auf, welche in der Nacht sich steigerten und trotz Morphium den Schlaf raubten. An beiden Tibialflächen sind die Unebenheiten härter geworden, am R. radius nichts nachweisbar. Angina geheilt; kein Fieber.

An dem Nachmittag des 10. April erreichten die Schmerzen einen bisher nicht gekannten Grad von Heftigkeit und machten die Nacht trotz Morphium und Chloralhydrat zu einer völlig schlaflosen. Kein Fieber.

11. April. Pillen aus Jodoform (0,5 auf 20 hielten täglich 2 Stunden, woraufhin die Schmerzen in den nächsten beiden Tagen bedeutend schwächer wurden. Sie erreichten von hier an nur noch geringere Grade, traten aber von Zeit zu Zeit immer wieder auf. Die Rauhigkeiten an den Tibialflächen wurden hart und schmerzlos. Das Exanthem verschwand während der Inunctionen vollständig, die Drüsenschwellung wurde eine geringe. Appetit hob sich. Anaemie wich, Patient bekam gesundes Aussehen und wurde bei völligem Wohlbefinden am 24. Mai entlassen.

Ein anderer Fall von Periostitis syphilitica, in welchen es sich mehr um die bereits gesetzten Producte der Periostitis als um frische irritative Vorgänge handelte, verlief völlig fieberlos.

Bezüglich des Fiebertypus bei Periostitis stimmen die vorliegenden Angaben der Beobachter darin überein, dass derselbe ein exquisit remittirender sei. Wenn unser Fall X ein mehr unregelmässiges Fieber zeigte, so muss die gleichzeitig bestehende Laryngitis und Angina in Erwägung gezogen werden, welche den Fiebertypus der Periostitis trüben und in den Hintergrund drängen konnten.

Als Ursache der Schmerzen bei der Periostitis, die wohl zu den stärksten Schmerzen überhaupt zählen, hat Ricord bekanntlich die Bettwärme angeschuldigt, während Bäumler auf den Gang der Temperatur recurrirt, nach der Beobachtung, dass die Schmerzen gleichen Schritt mit dem Ansteigen der Temperatur hielten und ausserdem in fieberhaften Fällen bedeutend intensiver waren als in fieberlosen. Bäumler denkt an eine durch das Höherwerden der Temperatur bedingte stärkere Fluxion zu den Blutgefässen im Periost und Knochen und dadurch hervorgerufene Schwellung und Spannung der entzündeten Theile. In unserem Fall war Patient stets im Bett, und doch waren die Schmerzen nur Nach-

mittags und Nachts vorhanden. Dagegen schien die Steigerung desselben mit dem Ansteigen der Temperatur zusammenzufallen; das Fieber jedoch war bereits geschwunden, als sie ihren höchsten Grad erreichten.

Im Gegensatz zu den meisten Angaben über Periostitis syphilitica war der Eintritt der Schmerzen, gleich wie bei Bäumler, an die späteren Nachmittagsstunden gebunden, nicht an die Stunden um Mitternacht herum.

Fieber bei syphilitischen Ulcerationen im Rachen.

Nach Duffin und Bäumler findet sich ein remittirender Typus des Fiebers auch bei Ulcerationen im Rachen.

In dem Fall XI betrugen die Remissionen nur 0,6 — 0,7 und erreichten nie normale Morgentemperaturen.

Fall XI. Lazarethgehülfenlehrling S. L.

Eintritt 12. V. 82.

Vor 2 Monaten hat Patient angeblich ein kleines Geschwür an der Eichel gehabt, das rasch von selbst heilte. Seitdem will er keine Veränderungen an der Haut und in seinem Befinden bemerkt haben. Seit einiger Zeit geringe Schmerzen im Halse und rauhe Stimme.

An d. glans nahe am Orificium urethrae extern. 2 erbsengrosse blaurothe Pigmentflecke. Inguinal-, Cubital- und Occipitaldrüsen geschwollen. Haut rein; geringe Alopecie. Anaemie. Spitze der Uvula völlig zerstört, an der Basis derselben ein mit Eiter belegtes Geschwür. Umgebung infiltrirt, blauroth, glänzend; an der breiten linken Tibialfläche ein haselnussgrosser, leicht schmerzhafter Tumor. Auf Bepinselung mit Jodtinctur und innerliche Darreichung von Jodkali trat sehr bald Heilung der Ulceration ein, das Fieber aber fiel nach Jodkali in einem Tage ab.

Heilung mit völligem Defect der Uvula.

Sprache hell. Keine Schlingbeschwerden. Entlassung 6 Juni 82.

Ein remittirendes Fieber begleitet zuweilen auch syphilitische ulceröse Processe auf der Haut (Bäumler) sowie specifische Ulcerationen an den Darmwandungen (Schuster, Archiv für Dermatologie und Syphilis f. H. 1873).

Fieber bei Lungensyphilis.

Um schliesslich noch kurz die syphilitischen Lungenaffectionen, von denen uns kein Fall begegnete, kurz zu berühren,

so sollen dieselben nach Güntz häufiger fieberlos oder doch weniger fieberhaft verlaufen als tuberculöse Processe und zwar aus dem Grunde, weil in der Umgebung der syphilitischen Verdichtungsherde meist ein anaemischer Zustand herrsche und hiedurch viel weniger günstige Bedingungen zu einem stetig fortschreitenden Zerfall der Gewebe und eines durch Resorption putrider Stoffe erzeugten Fiebers gegeben seien als bei Tuberculose. Für die fieberhaft verlaufenden Fälle ist nach Bäumler ein exquisit remittirendes Fieber für Syphilis characteristisch. Finden sich neben den geringsten Anhaltspunkten für Syphilis suspecte Lungenerscheinungen mit einem remittirenden Fieber, so ist nach ihm stets die Anwendung des Jodkali indicirt. Dieser Vorschlag Bäumlers verdient um so mehr volle Berücksichtigung, als Jodkalium auf tuberculöse Processe keinen nachtheiligen Einfluss ausübt und andererseits die erfolgreiche oder fehlschlagende Wirkung des Jodkaliums auf die Temperatur schon nach einigen Tagen die syphilitische Natur des Leidens annehmen oder ausschliessen lässt.

Bäumler legt dem remittirenden Fieber die Bedeutung eines Resorptionsfiebers bei: „Es ist eine ganz bestimmte eigenartige und bei gewissen syphilitischen Entzündungen sich bildende Substanz, welche hier fiebererregend wirkt und sich von der bei gewöhnlichen Eiterungen gebildeten pyrogenen Substanz durch ihr eigenthümliches Verhalten dem Jodkalium gegenüber auszeichnet."

Fieber bei Gummata und syphilitischen Gefässerkrankungen.

Gummabildungen in der Leber, den Nieren, der Blase, Urethra, im Hoden, die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns, der Nerven sowie der Gefässe mit Hämorrhagien ins Gehirn und deren Folgezustände scheinen sehr häufig gänzlich fieberlos zu verlaufen; sind dieselben von wesent-

licheren Temperatursteigerungen begleitet, so drückt diesen die syphilitische Aetiologie keine besonderen Eigenthümlichkeiten auf.

Therapie des syphilitischen Fiebers.

Wenn auch Schuster von einer günstigen Wirkung des Chinins auf syphilitisches Fieber berichtet, so sind doch das Quecksilber und vor Allem das Jodkalium als kräftige Antifebrilia bei Fieber auf syphilitischem Boden anzusehen. Quecksilber reducirte in unseren Fällen einige Male Temperaturen, die nach dem Eruptionsfieber gegen früher um einige Zehntel immer noch höher blieb, sehr bald zu der früheren Norm.

Nach Jodkali trat in den wenigen Fällen, in denen es angewandt wurde, sofortige Entfieberung ein. Geradezu überraschend sind die Wirkungen des Jodkaliums in den Fällen Bäumlers, bei denen Monate lange bestehendes, allen Medicamenten trotzendes Fieber nach Jodkali innerhalb weniger Tage normale Temperaturen eintraten.

Auch bei dem Eruptionsfieber zeigte sich Jodkali in den Fällen Janovsky's als sicheres Febrifugum.

Die Syphilis erinnert mehrfach durch ihr Verhalten an die exanthematischen Infectionskrankheiten: nach der Infection verstreicht eine bestimmte Incubationszeit, ehe Haut- und Schleimhauterkrankungen den Beginn des constitutionell gewordenen Leidens eröffnen; in der Regel durchseucht sie ein Individuum nur einmal; das Gift kann wie bei den meisten der acuten Infectionskrankheiten durch die Capillaren der Placenta von der Mutter auf den foetus übergehen; durch das dem Exanthem voraus eilende Fieber aber ist die Analogie genannter Krankheiten eine noch vollständigere geworden.

Wenn man nun das Fieber bei den ächten Infectionskrankheiten als eine Folge der eingetretenen Blutvergiftung zu betrachten geneigt ist, so kann man auch bei der Syphilis

an ein essentielles Fieber denken. Für eine solche Deutung des Eruptionsfiebers wenigstens spricht das Auftreten desselben vor jeder anderen Localaffection, ferner die zum Theil ganz eigenthümlichen Begleiterscheinungen, das relativ häufige Vorkommen des Fiebers, der annähernd bestimmte Fiebertypus mit dem characteristischen rapiden Fieberabfall, sowie endlich das häufige Missverhältniss zwischen Fieber und In- und Extensität des Exanthems.

Nimmt man einmal für die Ursache des Fiebers bei der Eruption das syphilitische Gift selbst an, so kann man diesem auch für den weiteren Verlauf der Syphilis, wenigstens solange sie noch Blutsyphilis ist, eine fiebererregende Wirkung beimessen, wenn man nicht gerade die Vermischung des Blutes mit dem Gifte, d. h. den Act dieser Einverleibung selbst als fiebererregendes Moment ansehen will.

Wenn man an den bestimmten Fiebertypus denkt, unter dem Nachschübe und Recidive auf der Haut erfolgen, wenn man ferner das oft verhältnissmässig hohe Fieber neben geringen Hautefflorescenzen bedenkt und schliesslich nach den Angaben in der Literatur, dass Monate lang nach der Eruption fieberhafte Zustände bei Syphilitischen ohne jegliche Localerkrankung mitunter auftreten, Beachtung schenkt, so kann man geneigt sein, auch im secundären Stadium noch an ein essentielles Fieber zu denken. Dabei können die örtlichen Entzündungen natürlich ihrerseits auch auf die Gestaltung des Fieberverlaufs einwirken.

Aber auch die Fieberzustände, welche bei Gewebsveränderungen meist der tertiären Phase auftreten, und welchen man nach Bäumler die Bedeutung eines Resorptionsfiebers zuzuschreiben hat, stehen zur Syphilis selbst, nicht allein zu der Localaffection in näherer Beziehung; es sind hier, wie oben schon angedeutet, nicht pyrogene Stoffe derselben Art wie bei anderen ähnlichen Entzündungen, sondern sie sind ganz specifischer Natur, unter dem Einfluss der vorausgegangenen Syphilis entstanden.

Zum Schlusse erfülle ich eine mir angenehme Pflicht, indem ich sowohl Herrn Oberstabsarzt Dr. A. Vogl für die gütige Ueberlassung des Materials und freundliche Unterstützung bei der Arbeit selbst, als auch Herrn Obermedicinalrath Dr. von Ziemssen für die bereitwillige Uebernahme des Präsidiums über die Abhandlung meinen aufrichtigsten Dank ausspreche.